

様式第1号 (第9条関係)

| | | | | | |
|------|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| 処 | | 理 | | 欄 | |
| 端末処理 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 発行 | <input type="checkbox"/> 訂正 | <input type="checkbox"/> 回収 | 取扱者サイン |

国民健康保険資格 **取得** 喪失 変更 届

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----|----|---|--|--|--|--|--|--------------|-------|------------|-------------------|---|--------|--|
| 被保険者 記号・ 番号 | 記号 | 番号 | 現住所 | つくば市 | | | | | 資格得喪及び変更の年月日 | | | 世帯の種類別 | | | |
| | 新 | | 転入前住所 | | | | | | 取得・喪失 | 年 月 日 | | 普通世帯・擬制世帯 | | | |
| | 旧 | | 転出先住所 | | | | | | 変更 | 年 月 日 | | 変更 | 普→擬 | 擬→普 | |
| 被保険者氏名 | | 続柄 | マイナ保険証※ | 性別 | 生年月日 | 個人番号 | | | | | 資格得喪及び変更事由 | | | | |
| (フリガナ) | | 主 | 有・無 | 男・女 | . . | | | | | | 取得 | 新規・追加 | 1 出生 | 2 転入 | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | 3 社保離脱 | 4 生保廃止 | |
| (フリガナ) | | | 有・無 | 男・女 | . . | | | | | | 喪失 | 全部・一部 | 1 死亡 | 2 転出 | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | 3 社保加入 | 4 生保開始 | |
| (フリガナ) | | | 有・無 | 男・女 | . . | | | | | | 変更・その他 | | <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 (理由:) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | 5 その他 () | | |
| (フリガナ) | | | 有・無 | 男・女 | . . | | | | | | 変更・その他 | | <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 (理由:) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | 5 その他 () | | |
| (フリガナ) | | | 有・無 | 男・女 | . . | | | | | | 変更・その他 | | <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 (理由:) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | 5 その他 () | | |
| (フリガナ) | | | 有・無 | 男・女 | . . | | | | | | 変更・その他 | | <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 (理由:) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | 5 その他 () | | |
| ※マイナンバーカードの健康保険証利用登録 《備考》 | | | | | | | | | | | 届出人 | 上記のとおり届けます。 年 月 日 | | | |
| | | | | | | | | | | | | 住所: | | | |
| | | | | | | | | | | | 名前: | | | | |
| | | | | | | | | | | | 電話 | 自宅: | | | |
| | | | | | | | | | | | | 携帯: | | | |
| | | | | | | | | | | | つくば市長 宛て | | | | |
| 受付 | | | 個人番号確認 <input type="checkbox"/> マイナカード <input type="checkbox"/> () | 身元確認 <input type="checkbox"/> マイナカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> () | 代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> () | 代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> マイナカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> () | | | | | | | | | |