

国民健康保険被保険者資格

取得（新規・追加）
喪失（包括・一部）届
変更

添田町長 殿

年 月 日

届出人	住所	
	氏名	
	電話番号 (自宅・携帯・その他)	— —

世帯主	住所	添田町大字												
	氏名													
	電話番号 (自宅・携帯・その他)	— —												
個人番号														

記号	添田	番号	資格得喪年月日				年 月 日		
No	フリガナ 氏 名		生年月日	性別	続柄	マイナ保険証 登録の有無	資格確認 任意記載 事項希望	異動理由	該当年月日
1			昭・平・令 ・	男 女		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	負担 限度 長期 特疾	転 入 転 出 (予定)	. .
	個人番号						有 無	社 保 離 脱	
2			昭・平・令 ・	男 女		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	負担 限度 長期 特疾	社 保 離 脱 加 入	. .
	個人番号						有 無	国 組 離 脱 加 入	. .
3			昭・平・令 ・	男 女		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	負担 限度 長期 特疾	生 保 廢 止 開 始	. .
	個人番号						有 無	出 生	
4			昭・平・令 ・	男 女		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	負担 限度 長期 特疾	死 亡	. .
	個人番号						有 無	後 期 離 脱 加 入	. .
5			昭・平・令 ・	男 女		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	負担 限度 長期 特疾	そ の 他 取 得 喪 失	. .
	個人番号						有 無	変 更	転 居 ・ 世 帯 主 ・ 氏 名 世 帯 (分 離 ・ 合 併 ・ 変 更)
6			昭・平・令 ・	男 女		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	負担 限度 長期 特疾		
	個人番号						有 無		

【備考】

【変更前】

【変更後】

確認事項						
本人確認	1点	個・免・障・バ・その他 ()	保険証	回収・未回	出産一時金	有・無
	2点	保・介・年・医・その他 ()	限度額減額認定証	回収・未回	葬祭費	有・無
個人番号		個・通・住・その他 ()	特定疾病受療証	回収・未回	子・障・ひ	有・無