

届出日 令和 年 月 日

清瀬市 国民健康保険・国民年金届出書 (取得・変更・喪失)

清瀬市長殿

※太線の枠内を記入してください。	下記のとおり届け出ます。		届出人	※左記と同様の場合は記入不要					証明書類を後日提出される方		
	住所	清瀬市		住所	電話:	氏名	氏名	電話:		住所	
1 2 3 4 5	氏名	マイナンバー									
	加入・変更・喪失する方		マイナンバー 生年月日			性別	世帯主との関係	マイナ 保険証	資格取得時交付	証回収	他医療券
	フリガナ					男・女	本人 配偶者 子 その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> お知らせ交付	<input type="checkbox"/> 済	特定疾病受給者証
	氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生					<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 資格確認書交付		その他障害・子育て連携済
	フリガナ							<input type="checkbox"/> 不明等	<input type="checkbox"/> 確認書(短期)		
	氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生			男・女	配偶者 子 その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> お知らせ交付	<input type="checkbox"/> 済	特定疾病受給者証
フリガナ					<input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 資格確認書交付		その他障害・子育て連携済	
氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生			<input type="checkbox"/> 不明等			<input type="checkbox"/> 確認書(短期)			
フリガナ					男・女	子 その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> お知らせ交付	<input type="checkbox"/> 済	特定疾病受給者証	
氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生					<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 資格確認書交付		その他障害・子育て連携済	
フリガナ							<input type="checkbox"/> 不明等	<input type="checkbox"/> 確認書(短期)			
氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生			男・女	子 その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> お知らせ交付	<input type="checkbox"/> 済	特定疾病受給者証	
フリガナ							<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 資格確認書交付		その他障害・子育て連携済	
氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生					<input type="checkbox"/> 不明等	<input type="checkbox"/> 確認書(短期)			
フリガナ					男・女	子 その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> お知らせ交付	<input type="checkbox"/> 済	特定疾病受給者証	
氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生					<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 資格確認書交付		その他障害・子育て連携済	
フリガナ							<input type="checkbox"/> 不明等	<input type="checkbox"/> 確認書(短期)			
氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生			男・女	子 その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> お知らせ交付	<input type="checkbox"/> 済	特定疾病受給者証	
フリガナ							<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 資格確認書交付		その他障害・子育て連携済	
氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生					<input type="checkbox"/> 不明等	<input type="checkbox"/> 確認書(短期)			

異動事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 世帯分離入 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他				
異動区分	取得・変更	適用開始年月日			
		令和 年 月 日			
離職理由	<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合(非自発案内済み)				
減免	<input type="checkbox"/> 旧被扶養者 <input type="checkbox"/> 特定同一世帯				
確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> バヌボート <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他()				
記号 新 番号 旧	記号 44-	番号 44-	口座振替	<input type="checkbox"/> 登録あり <input type="checkbox"/> 登録なし(希望しない) <input type="checkbox"/> 登録なし(希望する) ベイビー・申込はがき	

喪失事由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 若年後期 <input type="checkbox"/> 世帯分離出 <input type="checkbox"/> 職権消除 <input type="checkbox"/> その他				
喪失区分	全部・一部	事由発生年月日			
		令和 年 月 日			
受付/入力	点検	適用終了年月日			
		令和 年 月 日			
納付状況	期まで納付済み				
更正後 期別税額	期減額見込み(口座・納付書) 減額後の納付書を渡した場合→□(チェック)				