

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。

届出日	令和 年 月 日									
世帯主	住所 清瀬市									
	電話: _____									
	氏名 _____ マイナンバー _____									
	※左記と同様の場合は記入不要									
	住所 _____									
	電話: _____									
	氏名 _____									
	加入・変更・喪失する方									
	マイナンバー					性別				
	生年月日					世帯主との関係				
1	フリガナ _____					男・女				
	氏名 _____					本人配偶者子その他				
	昭和・平成・令和 _____					資格取得時				
	年 月 日生					保険証：窓口・郵送 済 <input type="checkbox"/>				
						高年齢証：2割・3割 済 <input type="checkbox"/>				
						限度額：有・無 済 <input type="checkbox"/>				
						回収				
						返送封筒 済 <input type="checkbox"/>				
						他医療券				
						特定疾病受給者証 その他 障害・子育て 連携済 <input type="checkbox"/>				
2	フリガナ _____					男・女				
	氏名 _____					配偶者子その他				
	昭和・平成・令和 _____					資格取得時				
	年 月 日生					保険証：窓口・郵送 済 <input type="checkbox"/>				
						高年齢証：2割・3割 済 <input type="checkbox"/>				
						限度額：有・無 済 <input type="checkbox"/>				
						回収				
						返送封筒 済 <input type="checkbox"/>				
						他医療券				
						特定疾病受給者証 その他 障害・子育て 連携済 <input type="checkbox"/>				
3	フリガナ _____					男・女				
	氏名 _____					子その他				
	昭和・平成・令和 _____					資格取得時				
	年 月 日生					保険証：窓口・郵送 済 <input type="checkbox"/>				
						高年齢証：2割・3割 済 <input type="checkbox"/>				
						限度額：有・無 済 <input type="checkbox"/>				
						回収				
						返送封筒 済 <input type="checkbox"/>				
						他医療券				
						特定疾病受給者証 その他 障害・子育て 連携済 <input type="checkbox"/>				
4	フリガナ _____					男・女				
	氏名 _____					子その他				
	昭和・平成・令和 _____					資格取得時				
	年 月 日生					保険証：窓口・郵送 済 <input type="checkbox"/>				
						高年齢証：2割・3割 済 <input type="checkbox"/>				
						限度額：有・無 済 <input type="checkbox"/>				
						回収				
						返送封筒 済 <input type="checkbox"/>				
						他医療券				
						特定疾病受給者証 その他 障害・子育て 連携済 <input type="checkbox"/>				
5	フリガナ _____					男・女				
	氏名 _____					子その他				
	昭和・平成・令和 _____					資格取得時				
	年 月 日生					保険証：窓口・郵送 済 <input type="checkbox"/>				
						高年齢証：2割・3割 済 <input type="checkbox"/>				
						限度額：有・無 済 <input type="checkbox"/>				
						回収				
						返送封筒 済 <input type="checkbox"/>				
						他医療券				
						特定疾病受給者証 その他 障害・子育て 連携済 <input type="checkbox"/>				

証明書類を後日提出される方

※下欄をご記入ください。
市担当者より電話にて喪失日の確認をいたします。

【勤務先名称】

【担当者名】

【電話】

退職日： 年 月 日

喪失日： 年 月 日

被扶養者同日喪失

証明書提出日 (案内)

年 月 日

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	
減免	<input type="checkbox"/> 非自発 <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"/> パスポート <input type="checkbox"/> 国保保険証 <input type="checkbox"/> 他の保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他		
記号番号	新	記号 _____ 番号 _____	受付場所 本庁 ・ 郵送
	旧	記号 _____ 番号 _____	

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	