

国民健康保険 資格(新規・追加・喪失)届・兼異動連絡票

鳥羽市長様

被保険者証記号番号	
-----------	--

届出年月日
資格異動年月日

世帯主住所	鳥羽市	世帯主氏名	フリガナ	TEL
		個人番号		

1	フリガナ	続柄	職業	マイナンバーカード(*) の健康保険証利用登録 の有無 (資格喪失時は☑不用)	異動事由	異動年月日	年 月 日	異動事由			
	氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 転入	2 管内転居	3 転出
生年月日		昭・平・令 年 月 日	個人番号								
2	フリガナ	続柄	職業	マイナンバーカード(*) の健康保険証利用登録 の有無 (資格喪失時は☑不用)	異動事由	異動年月日	年 月 日	4 氏名変更			
	氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	5 世帯主変更	6 出生	7 死亡
	生年月日		昭・平・令 年 月 日					個人番号			
3	フリガナ	続柄	職業	マイナンバーカード(*) の健康保険証利用登録 の有無 (資格喪失時は☑不用)	異動事由	異動年月日	年 月 日	8 社保離脱			
	氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	9 社保加入	10 国保組合離脱	11 国保組合加入
	生年月日		昭・平・令 年 月 日					個人番号			
4	フリガナ	続柄	職業	マイナンバーカード(*) の健康保険証利用登録 の有無 (資格喪失時は☑不用)	異動事由	異動年月日	年 月 日	12 生保廃止			
	氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	13 生保開始	14 後期喪失	15 後期加入
	生年月日		昭・平・令 年 月 日					個人番号			
5	フリガナ	続柄	職業	マイナンバーカード(*) の健康保険証利用登録 の有無 (資格喪失時は☑不用)	異動事由	異動年月日	年 月 日	16 住所地特例該当			
	氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	17 住所地特例解除	18 マル学	19 その他
	生年月日		昭・平・令 年 月 日					個人番号			

\*マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。

特記事項	喪失区分	保険情報	(記号番号・枝番) (保険名称・番号)	転出先	本人確認欄 免・個・在・パ 保・年・学・職 ( )
		加入区分	事業所名	TEL( ) -	個人番号確認欄 個人番号カード・通知カード
		施設入所	年 月 日	施設名および所在地	住民票・承諾書 ( )
		その他	年 月 日	備考	旧被扶養者該当

処理事項	
資格確認書 交付 / 喪失	
( 郵・連・窓・ / 回収・訂正 )	
・	
被保険者台帳整理	
・	
被保険者異動整理	
・	
オンライン入力日	
・	