

被保険者資格取得届

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 加入区分 | 新規・追加 | 記号番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

資格取得理由(番号に○をつけてください)

| | |
|--------------|----------------------------|
| 1. 社会保険等資格喪失 | 5. 国保組合離脱 |
| 2. 転入 | 6. 世帯異動 (分離 ・ 合併 ・ 転居 ・) |
| 3. 出生 | 7. その他 |
| 4. 生活保護廃止・停止 | |

| | |
|---------|-----------------|
| 資格取得年月日 | 年 月 日 |
|---------|-----------------|

| 被保険者となる者の氏名 | 世帯主との続柄 | 性別 | 生年月日 | 個人番号(マイナンバー) | 区分 |
|-------------|---------|----|------|--------------|--------------|
| 1 フリガナ | | | . . | | ・ 擬主 ・ 退職 |
| 2 フリガナ | | | . . | | ・ 擬主 ・ 退職 |
| 3 フリガナ | | | . . | | ・ 擬主 ・ 退職 |
| 4 フリガナ | | | . . | | ・ 擬主 ・ 退職 |
| 5 フリガナ | | | . . | | ・ 擬主 ・ 退職 |
| 6 フリガナ | | | . . | | ・ 擬主 ・ 退職 |

臼杵市国民健康保険への加入にあたって、上記のとおり届けます。
また、国民健康保険法に基づく手続きにあたり世帯主及び世帯員の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、臼杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。

年 月 日

世帯主

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 住所 | 臼杵市 | | | |
| フリガナ | | | | |
| 氏名 | 個人番号(マイナンバー) <small>※上欄に記入済の場合は不要</small> | | | |
| TEL | | | | |

届出人

※届出が世帯主以外の場合
・ 同一世帯員
・ 代理人

| | | | | |
|------|-------------------------------------|--|--|--|
| 住所 | <small>※同一世帯以外の方が届出される場合は記入</small> | | | |
| フリガナ | | | | |
| 氏名 | <small>※世帯主に届出の了承を得ています</small> | | | |
| TEL | | | | |

(あて先) 臼杵市長