

国民健康保険・国民年金資格(取得・喪失)届

世帯主氏名	
届出人氏名	
住 所	
連絡先	— —
世帯主の保険	<input type="checkbox"/> 松川町国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢

1 資格取得	必要な添付書類	
	・退職証明書(社会保険資格喪失証明)または離職票 ・年金手帳(20歳以上60歳未満の方)	
	① 離 職 日 ()	()
	② 他 の 国 保 ()	()
	③ 転入日・出生日 ()	()

2 資格喪失	必要な添付書類	
	・お使いになっていた国民健康保険の資格確認書等 ・新しく加入した社会保険の資格確認書等	
	① 社 保 加 入 日 ()	()
	② 国 組 加 入 日 ()	()
	③ 生 保 開 始 日 ()	()

国 保 番 号	
資 格 喪 失 日 等	

社会保険の確認	
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> マイナポータル画面(以下へ記入)	
【記号】	【番号】
【保険者番号】	

※ 資格取得・喪失される方全員についてご記入をお願いします。

	フリガナ名	主との続柄	生年月日	受給者証の有無 マイナ保険証 利用登録の有無	国 保		年 金		社 保 枝 番
					枝番	区 分 確 認	基 礎 年 金 番 号	種 別	
1		昭平令 男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		一般 前期高齢 福祉医療 自立支援	— 20歳未満・60歳以上	号⇒ 号 現	
2		昭平令 男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		一般 前期高齢 福祉医療 自立支援	— 20歳未満・60歳以上	号⇒ 号 現	
3		昭平令 男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		一般 前期高齢 福祉医療 自立支援	— 20歳未満・60歳以上	号⇒ 号 現	
4		昭平令 男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		一般 前期高齢 福祉医療 自立支援	— 20歳未満・60歳以上	号⇒ 号 現	
5		昭平令 男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		一般 前期高齢 福祉医療 自立支援	— 20歳未満・60歳以上	号⇒ 号 現	
6		昭平令 男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		一般 前期高齢 福祉医療 自立支援	— 20歳未満・60歳以上	号⇒ 号 現	

備 考	・主の異動(あり・なし) ・病院使用(あり・なし) ・国保口座登録(あり・なし) ・住民税(あり・なし)		受 付 者 確 認 欄					
			保 險 証	支 払 方 法		入 力 日	受 付 者	確 認 者
			発 行 ・ 回 収	国 保	国 年		印	印
				口座・納付書	口座・納付書・免除			