

様式第1号 (第9条関係)

取得 国民健康保険資格 <input type="checkbox"/> 喪失届 <input checked="" type="checkbox"/> 変更										決裁 課長 課長補佐 係長 係			
整理番号		現住所 結城市大字結城1447				資格の得喪及び変更の年月日 資格取得喪失年月日 変更年月日				世帯の種別 普通世帯 擬制世帯			
被保険者氏名		続柄	性別	生年月日	宛名番号 個人番号	高	備考	資格得喪及び変更事由					
1	結城 太郎	世帯主	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	S 60年 4月 30日				取得	新規	1 転入	2 社保離脱		
2	結城 花子	妻	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	H 2年 3月 1日					追加	3 出生	4 生保廃止		
3				年月日				喪失	全部	1 転出	2 社保加入		
4				年月日					一部	3 死亡	4 生保開始		
5				年月日				変更		5 その他()			
6				年月日						世帯合併	世帯分離	世帯変更	
7				年月日						住所変更	氏名変更	発 返 法第116条	
				年月日					世帯主変更	旧世帯主 理由			
				年月日					被保険者証	理由 雇用保険受給(予定)有・無			
				年月日							発・返		
社会保険の 記号番号		記号 番号	交付対象となる学校		交付対象となる施設, 旅行, 出稼								
被保険者氏名 本人		被扶養者	修学 年限	自 年	至 年	ヶ月	自 年	至 年	年月日				
社保適用 年月日		本人	名称	届出人は世帯主です。 日中連絡のつく電話番号を 記入してください。									
事業所 名称		上記のとおり被保険者証を添えて届けます。											
事業所 所在地		令和2年 4月 1日											
事業所 番号		住所 結城市大字結城1447											
		届出人(世帯主) 氏名 結城 太郎											
		個人番号											
		(電話 0123 - 45 - 6789)											
		結城市長 様											

処 理 欄	
区分	取扱者 印
被 保 険 者 台 帳	
異 動 整 理 簿	
被 保 険 者 証	発 行
	訂 正
	回 収
出 産 育 児 一 時 金	
葬 祭 費	
保 險 税	
後 期 高 齢 者	
医 療 福 祉	
国 民 年 金	