

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 type="checkbox"/> 変更										決裁				課長	課長補佐	係長	係
整理番号		現住所				資格の得喪及び変更の年月日				世帯の種別							
		結城市中央町二丁目3番地				資格取得喪失年月日		年月日		普通世帯							
				年月日		年月日		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	S 60年4月30日	123456789012			取得	新規	1 転入	2 社保離脱					
2	結城 花子		妻	女	H 2年3月1日	210987654321			追加		3 出生	4 生保廃止					
3				男女	年月日				喪失	全部	1 転出	2 社保加入					
4				男女	年月日				一部		3 死亡	4 生保開始					
5				男女	年月日				変更	世帯合併	世帯分離	世帯変更					
6				男女	年月日				住所変更	氏名変更	発法第116条						
7				男女	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		年月日		年月日					
社保適用年月日		本人		年月日		名称		所在地									
事業所		名称		所在地		上記のとおり被保険者証を添えて届けます。											
被保険者		名称		所在地		令和5年 4月 1日		住所		結城市中央町二丁目3番地							
		番号				届出人(世帯主) 氏名		結城 太郎									
						個人番号		1234 5678 9012									
						(電話)		0296 - 32 - 0000									
						結城市長 様											

処理欄	
区分	取扱者
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	
保険税	
後期高齢者	
医療福祉	
国民年金	

社会保険に加入した本人、扶養されている方の氏名等を記入してください。
個人番号(マイナンバー)は確認できる書類がお手元ない場合は記入不要です。

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。
個人番号(マイナンバー)は確認できる書類がお手元ない場合は記入不要です。