

様式第 1 号（第 9 条関係）

取得 国民健康保険資格喪失届 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 変更年月日		年月日 年月日		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	男女	S 60 年 4 月 30 日		1234560△□012		無	取得	新規	1 転入		2 社保離脱					
												3 出生		4 生保廃止					
2	結城 花子		妻	男女	H 2 年 3 月 1 日		987△0◇321012		有	追加	5 その他()								
3					日					喪	全部	1 転出		2 社保加入					
												3 死亡		4 生保開始					
4					日							世帯分離		世帯変更					
												氏名変更		発返 法第116条					
5				男女	年月日							日世帯主							
												理由							
6				男女	年月日					更	被保険者証	特	理由 雇用保険受給（予定）有・無						
7				男女	年月日							再	発・返						
社会保険の 記号番号		記号 番号				学	交付対象となる学校				特	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	年	自	年	ヶ月	自	年	月	日				
社保適用 年月日		本人		年	月	日	名称												
事業所		名称					上記のとおり被保険者証を添えて届けます。												
		所在地					令和6年 4月 1日												
保険者		名称					住所 結城市中央町二丁目3番地												
		所在地					届出人(世帯主) 氏名 結城 太郎												
		番号					個人番号 1234560△□012												
							(電話 0296 — 32 — 0000)												
							結城市長 様												

「資格喪失証明書」に氏名の記入があり、結城市の国保に加入される方全員の名前等を記載してください。
個人番号(マイナンバー)は確認できる書類がお手元にならない場合は記入不要です。

・マイナンバーカードの保険証登録をしている方は「有」をご記入ください。
・マイナンバーカードをお持ちでない又は持っているが保険証登録をしていない方は「無」をご記入ください。

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。

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 金	