

(APPLICATION FOR THE NATIONAL HEALTH INSURANCE)

文京区長 殿

届出（記入）する方の住所・氏名・連絡先・世帯主との関係を記入してください。

※ 太枠内だけ黒のボールペンで強く記入してください。
※ 個人番号の記載のない、又は確認書類が提示できない場合は職員が調査の上記載します。

届出 (受付) 年月日 (Date of Application) (Year・Month・Day) 記入する日付		住所 (Address of notifier) 文京区春日 1-16-21		連絡先 電話 (Tel) 03 (5803) 1192		世帯主との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯人 (夫・妻・子・その他) <input type="checkbox"/> 代理人 (委任状確認 <input type="checkbox"/>)		個人番号カード 在留カード その他 ()			
適用異動年月日		氏 名 (Name of notifier) 文京 太郎		世帯主との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯人 (夫・妻・子・その他) <input type="checkbox"/> 代理人 (委任状確認 <input type="checkbox"/>)		勤務先名 電話番号 () 在職期間 年 月 日から 年 月 日まで 国保組合 加入 添付 保険証・証明書 社 保 喪 失 確 認 勤務先・保険者					
事 由 加入 喪失		<input type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった <input type="checkbox"/> 扶養からははずれた <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 喪失取消 <input type="checkbox"/> 生保廃止		<input checked="" type="checkbox"/> 社保に入った <input type="checkbox"/> 国保組合に入った <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 認定喪失 <input type="checkbox"/> 職権喪失 <input type="checkbox"/> 取消		現住所 東京都文京区 1 現住所 3 その他: 上の住所と世帯主の住所が異なる場合は記入してください。		新しく加入した健康保険の組合名が「××健康保険組合」のときは「社保に入った」、「××国保組合」又は自治体の国保のときは「国保組合に入った」に✓をつけてください。			
加入又は喪失する人		フリガナ 氏 名 (Name of applicant) ブンキョウ タロウ		生 年 月 日 (Date of birth) 昭和・平・令・西暦 60・1・1		性 別 (Sex) 男/M 女/F		世帯主との続柄 本人		個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
加入又は喪失する人		ブンキョウ ハナコ		昭和・平・令・西暦 元・3・3		男/M 女/F		妻		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
加入又は喪失する人		ブンキョウ イチロウ		昭和・平・令・西暦 2・5・5		男/M 女/F		子		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
加入又は喪失する人		西暦		国保をやめたい方全員の氏名・生年月日・性別・世帯主との続柄・個人番号を記入してください。		有 無		有 無		有 無	
加入		喪失		確認		受付		前記号・番号 ()		国籍 満了日 年 月 日	
新規		全部		追 加		一部		【喪失手続き用 記入例】		被保証：発行 郵送 回収	
記号番号		記号番号		記号番号		記号番号		記号番号		記号番号	

「擬」は擬制世帯主のことです。世帯主が国保の被保険者でないが同じ世帯に国保の加入者がいる場合、その世帯主は擬制世帯主となります。「普」は普通世帯主のことです。