

(APPLICATION FOR THE NATIONAL HEALTH INSURANCE)

届出(受付)年月日 (Date of Application) (Year・Month・Day) ・		記入する人		住所 (Address of notifier)				連絡先	電話(Tel) ( )													
適用異動年月日 ・				氏名 (Name of notifier)				世帯主との関係 <input 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"/> )														
事由	加入	<input type="checkbox"/> 退職した		<input type="checkbox"/> 社保		<input type="checkbox"/> 転入		<input type="checkbox"/> 国外転入		喪失	<input type="checkbox"/> 社保に入った		<input type="checkbox"/> 認定喪失									
		<input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった		<input type="checkbox"/> 国保組合		<input type="checkbox"/> 出生		<input type="checkbox"/> 喪失取消			<input type="checkbox"/> 国保組合に入った		<input type="checkbox"/> 職権喪失									
由	入	<input type="checkbox"/> 扶養からはずれた				<input type="checkbox"/> 生保廃止					<input type="checkbox"/> 生保開始		<input type="checkbox"/> 加入取消									
現住所		同上 東京都文京区						世帯主	フリガナ 氏名 (Householder's Name)				擬									
1月1日現在の住所		1 現住所に同じ 2 前住所に同じ 3 その他:							個人番号				普									
加入又は喪失する人		フリガナ 氏名 (Name of applicant)				生年月日 (Date of birth)		性別 (Sex)	世帯主との続柄	個人番号カードの健康保険証利用登録の有無												
						昭・平・令・西暦 ・		男/M		個 人 番 号												
		1								女/F	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
		2								男/M	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
										女/F												
3							男/M	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
							女/F															
4							男/M	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
							女/F															
加入		喪失		確認		受付		前記号・番号 ( )														
新規		全部						<input type="checkbox"/> 収連済 <input type="checkbox"/> 滞連済 <input type="checkbox"/> 確認済														
追加		一部						<input type="checkbox"/> 非自 <input type="checkbox"/> 旧被扶 (申請・コピー済)														
								<input type="checkbox"/> 簡申 済 / 青紙対応														
記号番号								<input type="checkbox"/> 申告勸奨 <input type="checkbox"/> 税務課														
								<input type="checkbox"/> ( )市・区														

		確 認 事 項	
届 出 す る 人		身元確認 運転免許証                  特別永住者カード パスポート                  2点確認 障害者手帳                  年金手帳 / キャ / 通 / クレ 個人番号カード 在留カード                  その他（                  ）	
	備	勤務先名  電話番号                  （                  ）  在職期間        年      月      日から        年      月      日まで	
考		国保組合    加   入    添   付    証明書 社   保    喪   失    確   認    勤務先   ・   保険者 任意継続  扶   養    認   定                      年      月      日  解   除	
		在   留   資   格   等	資   格   確   認   書   等 交   付   状   況
		留学   家族   文化   研修                  その他 特定活動（指定書コピー□・メモ□）（                  ） 日本人配偶者    技術・人文・国際    教授   技能 永住    特別永住    定住 満了日                  年      月      日	資格確認書：発行□ 割 郵送□ 回収□ ----- お知らせ：発行□ 郵送□ 回収□
		留学   家族   文化   研修                  その他 特定活動（指定書コピー□・メモ□）（                  ） 日本人配偶者    技術・人文・国際    教授   技能 永住    特別永住    定住 満了日                  年      月      日	資格確認書：発行□ 割 郵送□ 回収□ ----- お知らせ：発行□ 郵送□ 回収□
		留学   家族   文化   研修                  その他 特定活動（指定書コピー□・メモ□）（                  ） 日本人配偶者    技術・人文・国際    教授   技能 永住    特別永住    定住 満了日                  年      月      日	資格確認書：発行□ 割 郵送□ 回収□ ----- お知らせ：発行□ 郵送□ 回収□
		留学   家族   文化   研修                  その他 特定活動（指定書コピー□・メモ□）（                  ） 日本人配偶者    技術・人文・国際    教授   技能 永住    特別永住    定住 満了日                  年      月      日	資格確認書：発行□ 割 郵送□ 回収□ ----- お知らせ：発行□ 郵送□ 回収□
受                  領                  証(receipt)			
・被保険者証明書                  (No.                  ) ・資格確認書                  (                  枚)を受領しました。 ・資格情報のお知らせ    (                  枚) 受領日(Date of Receipt)                  年      月      日			
受取人氏名(Name)			

「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。