

# 国民健康保険被保険者関係届書

※ 届出人と世帯主が同一のときは、世帯主欄は記入不要です。

届出日	令和 年 月 日	世帯主との関係	
届出人氏名	健康 太郎		世帯主 健康 太郎
電話番号	(0138)21-3111		電話番号 ( ) -
個人番号			
住所	函館市 東雲 町 丁目 4 番 13 号 番地の 方書(アパート名等)		
被保険者氏名	続	枝	所得申告状況
被保険者生年月日	柄	員	前期高齢負担区分
氏名	健康 太郎		
生年月日	昭平令 37年 1月 1日		
個人番号			
氏名	健康 花子		
生年月日	昭平令 38年 2月 2日		
個人番号			
氏名	健康 つよし		
生年月日	昭平令 3年 3月 3日		
個人番号			
氏名			
生年月日	昭平令 年 月 日		
個人番号			

## 学・遠 交付

届出人氏名・世帯主氏名・電話番号・住所を記入して下さい。

職場の社会保険に加入した方全員の氏名・生年月日・個人番号を記入してください。  
※人数が多い場合は、さらに印刷してお使いください。

申請理由	1.施設 2.学
期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
施設名	

短期	学
資格	遠
有効期限	
枝番	員番
証種	区分
一般	学
短期	遠
資格	遠
有効期限	

適用開始	転入	出生	社保離脱	国組離脱
<input type="checkbox"/> 新規	生保廃止	職権回復	その他	後期離脱
<input type="checkbox"/> 追加	住所地特例			
適用終了	転出	死亡	社保加入	国組加入
<input type="checkbox"/> 全部	生保開始	職権抹消	その他	年齢到達
<input type="checkbox"/> 一部	障害認定	住所地特例		

世帯異動	<input type="checkbox"/> 分 離	<input type="checkbox"/> 合 併	<input type="checkbox"/> 一 部 出	<input type="checkbox"/> 一 部 入	<input type="checkbox"/> 主 変	<input type="checkbox"/> 転 居	<input type="checkbox"/> 氏 変
年 月 日							

旧被扶養	月中登録
------	------

納付書発行	年度 期 円
-------	--------

再 交 付	
申請理由	03. 紛失 04. 破損 05. 盗難 09. その他

証種	一般	短期 資格証	区分	学	遠
受付	本	亀	湯	銭	南
				戸	恵
					椴

被保番	新								
	旧								

適用開始	令和 年 月 日			
適用終了	令和 年 月 日			

世帯異動	<input type="checkbox"/> 分 離	<input type="checkbox"/> 合 併	<input type="checkbox"/> 一 部 出	<input type="checkbox"/> 一 部 入	<input type="checkbox"/> 主 変	<input type="checkbox"/> 転 居	<input type="checkbox"/> 氏 変
年 月 日							

旧被扶養	月中登録
------	------

納付書発行	年度 期 円
-------	--------

再 交 付	
申請理由	03. 紛失 04. 破損 05. 盗難 09. その他

証種	一般	短期 資格証	区分	学	遠
受付	本	亀	湯	銭	南
				戸	恵
					椴

備 考	検 証
(確認) 1.連免 2.マイナンバーカード 3.通帳・キャッシュカード 4.在留カード 5.在学証・学生証 6.職員既知 7.その他	(連絡) 1.口振停止・変更 2.督促引抜 3.減免申請 有・無 4.連絡票交付 旧被・特定 (修正・処理) 1.取得・喪失日修正 ( ) 2.中抜け ( )
	入 力
	受付・職権

(特例) 住所地特例該当	(本庁保管)
-----------------	--------

保険証受領サイン