

様式第1号(第9条関係)

国民健康保険資格 1 取得 2 喪失 3 変更 届																			
決裁 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;">課長</td> <td style="width: 30px;">課長補佐</td> <td style="width: 30px;">係長</td> <td style="width: 30px;">係員</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												課長	課長補佐	係長	係員				
課長	課長補佐	係長	係員																
現住所			行方市				資格取得 喪失年月日		年 月 日										
納組		世帯		増・減		擬主		発生・消滅											
記号	番号	被保険者氏名			生年月日		性別	続柄	事由欄										
1	個人番号						1 2 男 女		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 変更		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部								
	個人番号								1 2 男 女		<input type="checkbox"/> 社保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養) <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()								
2	個人番号						1 2 男 女				変更事由								
	個人番号								1 2 男 女		変更事由								
3	個人番号						1 2 男 女				変更事由								
	個人番号								1 2 男 女		変更事由								
4	個人番号						1 2 男 女				変更事由								
	個人番号								1 2 男 女		変更事由								
5	個人番号						1 2 男 女				変更事由								
	個人番号								1 2 男 女		変更事由								
備考		上記のとおり被保険者証を添えて届けます。 年 月 日 住 所 行方市 届出人 氏 名 個人番号 [] 世帯主 氏 名 個人番号 [] 電話番号 () 行方市長 様																	
社保加入 (離脱) による喪失 (取得) のとき		被保険者氏名																	
		事業所名																	
		社会保険適用 (退職)年月日																	
		社会保険の 記号番号																	

国保番号	
処 理 欄	
区 分	取扱印
被保険者台帳	
異動整理簿	
被保険者証	発行
	訂正
	回収
投入確認	市民
	税務

記入例

(右下の太枠内を記入してください)

保険資格 1 取得
2 喪失 届
3 変更

決裁	課長	課長補佐	係長	係員

国保番号

理任所	行方市	資格取得年月日	年 月 日
<div data-bbox="89 319 1030 686" style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>① 届出人の身分証明書の写し(コピー)</p> <p>② 国民健康保険から抜ける方全員の社会保険証を必ず添付してください。</p> </div>		主	発生・消滅
		続柄	事由欄
		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	
		<input type="checkbox"/> 社保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養) <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()	
3	個人番号	1 2 男 女	
4	個人番号	1 2 男 女	変更事由
5	個人番号	1 2 男 女	
備考	<div data-bbox="414 877 862 1141" style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p>① 届出人(※)の住所 ② 名前 ③ マイナンバー12桁</p> <p>(※) 届出人と、対象者・世帯主が別の世帯の場合、委任状が必要です。</p> </div> <p>上記のとおり被保険者証を添えて届けます。 令和〇年 〇月 〇日</p> <p>住所 行方市玉造甲404番地</p> <p>届出人 氏名 行方 花子 個人番号 [**** ***** ***** *****]</p> <p>世帯主 氏名 行方 太郎 個人番号 [**** ***** ***** *****] 電話番号 0299(55)0111</p> <p>行方市長 様</p>		
社保加入(離脱)による喪失(取得)のとき	被保険者氏名		
	事業所名		
	社会保険(退職)号		
	社会保険記号		

処理欄	
区分	取扱印
被保険者台帳	
異動整理簿	
被保険者証	発行
	訂正
	回収
投入	市民
	税金

① 世帯主の名前
① マイナンバー12桁
② 連絡の取れる電話番号

マイナンバーが不明な場合は未記入で提出してください。
市役所で調べてお書きします