

他保加入郵送受付用

太線内を黒ボールペンで記入してください。

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------|---|----|---|---------|-------------|
| 届出日 | 令和 年 月 日 | 届出人住所 (代理人住所) | 届出人氏名 (代理人氏名) | 受付 | 入力 | 証確認 | 証返送・処理日 | 入力確認 |
| 異動日 | 令和 年 月 日 | 世帯主新(現)住所 同 上 | 世帯主氏名 同 上 | 個人番号 | | | | |
| 異動区分 | <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全・全 <input type="checkbox"/> 全・一 <input type="checkbox"/> 一・全 <input type="checkbox"/> 一・一 | 世帯主旧住所 同 上 | 旧世帯主氏名 同 上 | 電話番号 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 国保適用開始 | | <input type="checkbox"/> 国保適用終了 | | <input type="checkbox"/> 国保変更 | | <input type="checkbox"/> 擬主 | | 被保険者証の記号・番号 |
| <input type="checkbox"/> 他保離脱 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 国外転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 他() | | <input type="checkbox"/> 他保加入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 国外転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他() | | <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 他() | | <input type="checkbox"/> 設定 () 新(現) ころのす・ | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 取消 () 旧 ころのす・ | | | | |

●健康保険資格取得・喪失確認欄 (取得・喪失・変更者を全て記入)

| 氏名 (旧氏名) | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 職業 | 他保等 | 取得日 喪失日 | 高齢 受給者証 | 備考 |
|-------------|-----|----------|------|----|-----|------------|------------|----|
| | | | 個人番号 | | | | | |
| | 男・女 | 昭・平 令 | | | | | | |
| | 男・女 | 昭・平 令 | | | | | | |
| | 男・女 | 昭・平 令 | | | | | | |
| | 男・女 | 昭・平 令 | | | | | | |
| | 男・女 | 昭・平 令 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------|-----|-----|------|----------|-------|-----|-----|
| 確認書類 有・無 | 保険者 | 所在地 | 電話番号 | 宛名番号 [] | 納付状況 | 未・完 | 受付印 |
| | 勤務先 | 名称 | 担当者 | | 口座名義 | | |
| | | | | 停止 | 督・催・口 | | |