

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。

受付	入力	証確認	証返送・処理日	入力確認
----	----	-----	---------	------

届出日	令和 届出日を記入 2年 3月 4日	届出人住所 (代理人住所) 鴻巣市中央1番1号	届出人氏名 (代理人氏名) 鴻巣 輝
-----	-----------------------	----------------------------	-----------------------

異動日	令和	世帯主新(現)住所 同上	世帯主氏名 同上
		世帯主旧住所 同上	旧世帯主氏名 同上

個人番号 世帯主のマイナンバーを記入												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
電話番号 090-1234-1234												

上段は届出人の現住所・氏名
中段は世帯主の現住所・氏名
(届出人と同じときは同上に○で可)
下段は世帯主の国保保険証の住所が
現住所と異なる場合は記入してください

<input type="checkbox"/> 国保適用終了	<input type="checkbox"/> 国保変更	<input type="checkbox"/> 擬主	<input type="checkbox"/> 被保険者
<input type="checkbox"/> 他保加入	<input type="checkbox"/> 世帯主変更	<input type="checkbox"/> 転居	
<input type="checkbox"/> 国組加入	<input type="checkbox"/> 世帯合併	<input type="checkbox"/> 世帯分離	
<input type="checkbox"/> 国組離脱	<input type="checkbox"/> 氏名変更		
<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 他()		
<input type="checkbox"/> 国外転入	<input type="checkbox"/> 転出		
<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 国外転出		
<input type="checkbox"/> 死亡			
<input type="checkbox"/> 他()			

必ず、平日の日中に連絡の取れる電話番号を 記入してください
() 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
			個人番号	
鴻巣 輝	男・女	昭・平 令	世帯主	会社員
鴻巣 緑	男・女	昭・平 令	妻	パート
鴻巣 花	男・女	昭・平 令	子	無職
	男・女	昭・平 令		
	男・女	昭・平 令		

他保等	
退職()	
退職()	
退職年月()	
退職年月日()	割

社会保険、または、国民健康保険組合に
加入したことにより、鴻巣市国民健康保険
を脱退する人全員について
・氏名
・性別
・生年月日
・世帯主から見た続柄
・職業(無職の場合は「無職」)
・マイナンバー
を記入してください

確認書類 有・無	保険者	所在地	電話番号
	勤務先	名称	担当者
		宛名番号 []	

納付状況	未・完
口座名義	
停止	督・催・口
受付印	