

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 4月 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 日	世帯主新(現)住所 同上	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
		世帯主旧住所 同上	旧世帯主氏名 同上	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"/> 転出	<input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 転居	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・	
<input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 国外転出	<input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離		
<input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 氏名変更		
<input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 他( )		

●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
			個人番号		
鴻巣 輝	男・女	昭・平 令	世帯主	会社員	社会保険、または、国民健康保険組合を脱退したことにより、鴻巣市国民健康保険に加入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
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			退職年月日 ( . . )
	男・女	昭・平 令			退職年月日 ( . . )

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