

記入例

※下の赤で囲んでいるところをご記入ください

様式第1号 (第2条関係)

国民健康保険被保険者資格

取 得
喪 失
適用開始
適用終了

届

松前町長様

世帯主住所	松前町大字 筒井631	番地	
世帯主氏名	松前 太郎	世帯主個人番号	111111111111
届出人氏名	松前 太郎	電話	089 - 985 - 4107

次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

届出日 年 月 日

記号番号		適用年月日	年 月 日		
取得区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加	行政区			
喪失区分	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 一部	世帯区分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 擬制		
被保険者氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	区分	理由
1 松前 太郎	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S35・1・1	前重年 退ひ非 扶子税	(取得・適用開始) 01 転 入 (県外・県内) 02 社 保 離 脱 03 生 保 廃 止 04 出 生 05 そ の 他 () 09 後期高齢離脱
個人番号					
2 松前 花子	妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	S37・1・1	前重年 退ひ非 扶子税	(喪失・適用終了) 21 転 出 (県外・県内) 22 社 保 加 入 23 生 保 開 始 24 死 亡 25 そ の 他 () 29 後期高齢加入
個人番号					
3 松前 次郎	子	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	H5・2・1	前重年 退ひ非 扶子税	
個人番号					
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		前重年 退ひ非 扶子税	
個人番号					
5	健康保険等の資格を取得した(松前町の国保資格を喪失する)方 全員をご記入ください。				
個人番号					
6	※記入例は、松前太郎(世帯主本人)と花子(太郎の妻)と次郎(長 男)の3名が国保資格を喪失する場合の例です。				
個人番号					
<input type="checkbox"/> 転入前住所					
<input type="checkbox"/> 転出先住所					
<input type="checkbox"/> 届出人住所					
被保険者氏名	社会保険等 記号番号				
会社名	年 月 日				
保険者名	() 共済 健保 全国健康保険協会 () 支部 国組		備 理由 ()		
決 裁 欄	課長	補佐	係長	係	確認欄
					住基 電算台帳本人確認 確認者 保険証
					考 擬世 擬被 給世 給被

※ には該当するものにを記入してください。