

# 国民健康保険資格取得届(郵送用) 国保給付一国保課税一年金・後期

羽村市長 あて

※緑の枠内をご記入ください。

異動日	国保	年金	資格チェック
年 月 日			

届出日	年 月 日	②氏名		世帯主及び対象者のマイナンバー（個人番号）を取得することについて同意します。 (申請者署名)
申請者 (該当に○)	1 本人 → ②③に記入	①電話番号（自・勤・携）		
	2 世帯主 → ②③に記入	③代理人住所	④関係	年金機構へ情報を提供することに同意します。 (申請者署名)
3 代理人 → ②③④⑤に記入	マンション・アパート名称・部屋番号			
住所	羽村市	丁目	番地 番	号
世帯主 氏名				世帯主マイナンバー（個人番号）

	ふりがな 氏名	生年月日	性別	続柄 (主、妻、子など)	職業	基礎年金番号
						マイナンバー(個人番号)
1		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			
2		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			
3		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			
4		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			
5		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			

市職員記入欄	
免バマイ住力障在資CC診 ( )	
世帯区分	全部 ・ 一部
国保区別	全部 ・ 一部
記号・番号	50 - -
世帯主資格	有 ・ 擬主
取得事由	転入 出生 社保 組合 生保 その他 ( )
確認書等発送日	・ ・
被保険者区分	本人 ・ 被扶養
退職・喪失	・ ・
喪失証明	有 ・ 無
喪失日 確認	済 ( )
	その他 ( )

**必要書類の添付漏れがないか、下記のチェックリストにて確認をお願いします。**

前に加わっていた健康保険の資格が喪失していることがわかる書類（健康保険資格喪失証明書）

※退職証明書等の退職日が確認できる書類でも手続き可能です。ただし、退職された会社に健康保険の資格喪失日を電話確認させていただきます。

申請書に記入をした人の本人確認書類の写し（別紙「本人確認書類の写し添付欄」に添付してください）。

※代理人が申請を行う場合、本人確認書類の写し以外に、委任状が必要となります。ご注意ください。