

国民健康保険被保険者資格取得 **喪失** 適用開始・終了及び変更届

氏名・続柄  
世帯（転居・合併・分離）  
世帯主  
個人番号

届出年月日	令和 年 月 日
窓口に来た人	電話（ ） - （ ）

豊橋市長様

住所	〒 豊橋市			世帯主	個人番号	世帯主生年月日	本人確認欄	個・運・パ・在 その他（ ）	取扱		
の今住ま所で				旧世帯主			新被保険者記号・番号	旧被保険者記号・番号	石巻 東部 二川 西部 南部 高師台 大清水 駅前 本庁		
異動者	フリガナ名 氏名	性別	生年月日 個人番号	世帯主との続柄 個人番号カードの 保険証利用登録の有無	職業	在留資格	交付・回収状況	取得/適用開始/変更 年月日 喪失/適用終了/変更 年月日			
1		男・女	昭・平・令 個人番号	有・無		（ 特定 ） （ その他 ）	窓口交付・郵送 回収・未回収	事由 事由			
2		男・女	昭・平・令 個人番号	有・無		（ 特定 ） （ その他 ）	窓口交付・郵送 回収・未回収	01 転入 （世帯構成変更：有 無） 02 他健保離脱 03 国保組合離脱 04 生保廃止 05 職権記載 06 後期高齢離脱 07 その他 （ ）		01 転出 02 他健保加入 03 国保組合加入 04 生保開始 05 職権消除 06 障害認定 07 その他 （ ）	
3		男・女	昭・平・令 個人番号	有・無		（ 特定 ） （ その他 ）	窓口交付・郵送 回収・未回収				
4		男・女	昭・平・令 個人番号	有・無		（ 特定 ） （ その他 ）	窓口交付・郵送 回収・未回収				
5		男・女	昭・平・令 個人番号	有・無		（ 特定 ） （ その他 ）	窓口交付・郵送 回収・未回収				
備考				旧国保	有・無	宛名番号	一般	擬制	一般	擬制	入力
確認事項	<input type="checkbox"/> 口振勸奨済 受取・約束 / <input type="checkbox"/> 口座無・その他（ ） <input type="checkbox"/> 口座登録確認済 <input type="checkbox"/> 任意継続等、保険加入の選択肢を説明済 <input type="checkbox"/> 届出日以前の受診 無・有 <input type="checkbox"/> 保険税通知送付説明済 <input type="checkbox"/> 有の場合の療養費説明済 <input type="checkbox"/> 国保税概算 税G（ ） <input type="checkbox"/> 世帯主課税説明済 <input type="checkbox"/> 厚年最終得喪 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 社保加入後、国保使用不可説明済 <input type="checkbox"/> 年金済 <input type="checkbox"/> 国民年金納付案内（口座振替、クレジット、前納） <input type="checkbox"/> 非自発案内済						新規・追加	全部・一部	照合		
								D B 入力・未入力	年 月 日	<input type="checkbox"/> 旧国保 <input type="checkbox"/> 旧被扶 <input type="checkbox"/> 負担割合	