

国民健康保険加入届出書

(宛先) 身延町長

勤務先の健康保険の資格を喪失したので、次のとおり国民健康保険の加入手続きを希望します。

＜添付する書類＞
(1)社会保険の資格を喪失した日付がわかる証明のコピー
(資格喪失証明書・退職証明書・離職票など)

記入日		令和 年 月 日							
世帯主	氏名								
	住所	(〒)						日中連絡がとれる電話番号	
国保に加入する者の氏名		生年月日			性別	世帯主との続柄	マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無	国保喪失後の受診	
								国保喪失後に受診した医療機関名・所在地	
①	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無	有・無	
②	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無	有・無	
③	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無	有・無	
④	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無	有・無	
⑤	フリガナ	年	月	日	男・女		有・無	有・無	
勤務先の健康保険の資格を喪失した日									

(※)マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りま