

資格取得
国民健康保険被保険者 資格喪失届
住所氏名変更

被保険者証 記号番号		資格取得喪失 変更年月日	令和 年 月 日
---------------	--	-----------------	----------

新	住所		世帯主	
旧				

氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	資格取得・資格喪失 住所氏名変更等理由
1		女	S・H・R 年 月 日	1. 取得理由 加入区分（新規・追加） <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他 () 2. 喪失理由 喪失区分（全部・一部） <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 () 3. 変更理由 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 ・世帯主→擬制世帯主 ・擬制世帯主→世帯主 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 続柄変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
		男	個人番号	
2		女	S・H・R 年 月 日	
		男	個人番号	
3		女	S・H・R 年 月 日	
		男	個人番号	
4		女	S・H・R 年 月 日	
		男	個人番号	
5		女	S・H・R 年 月 日	
		男	個人番号	
6		女	S・H・R 年 月 日	
		男	個人番号	
7		女	S・H・R 年 月 日	
		男	個人番号	
8		女	S・H・R 年 月 日	
		男	個人番号	

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

住所 _____
 世帯主 氏名 _____ (印)
 電話 (- -)

空知中部広域連合長 様

_____ _____ _____
