

国民健康保険被保険者適用開始届						
被保険者証の 記号番号	珠	適用開始 年 月 日	令和 年 月 日			
区 分	新規・追加	現住所				
前住所						
被保険者となる者の氏名	性別	生年月日	世帯主との 続柄	職業	個人番号	個人番号の 変更時期
1 世帯主	男・女					
2	男・女					
3	男・女					
4	男・女					
5	男・女					
6	男・女					
7	男・女					
転入前世帯主	変更なし ・ 変更あり		変更ありの場合 転入前世帯主名			
転入前世帯構成	変更なし ・ 変更あり		変更ありの場合 転入前世帯員名			
特定同一世帯所属者の有無	なし ・ あり (特定同一世帯所属者名)					
入管法別表 第一の五関係	被保険者 氏名	活動内容				
<p>(宛先) 珠洲市長</p> <p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>						

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) <input type="checkbox"/> その他() No. () 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他