

国民健康保険被保険者 資格取得届					
被保険者 記号・番号					
加入区分	新規 ・ 追加	資格取得 (適用開始) 年 月 日	年 月 日		
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	個人番号	マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無
	男・女				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	男・女				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	男・女				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	男・女				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	男・女				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	男・女				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
資格取得 (適用開始)事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社会保険離脱 <input type="checkbox"/> 生活扶助廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他				
特定同一世帯所属者 なし ・ あり ()			旧被扶養者 なし ・ あり ()		
(宛先)珠洲市長 上記のとおり届出します。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">年 月 日</div> 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ 届出人 住所 _____ (世帯主と届出人が同一の場合は記入不要) 氏名 _____ 世帯主との続柄 _____ 電話番号 _____					

※ 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。

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	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. ()	<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
<input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証等 <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"/> その他