

※資格確認にあたり、町が個人番号を利用した加入医療保険の情報について照会を行うことに

【同意者】

届出人に同じ

同意します

氏名 _____

国保脱退用記入例

国民健康保険任氏用記入例

届出日	R〇年 1 月 6 日	異動日	年 月 日									
住所	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1											
電話	0267-45-8540											
フリガナ	カルイザワ タロウ	旧世帯主氏名										
世帯主の氏名	軽井沢 太郎											
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1
フリガナ	カルイザワ ハナコ										世帯主から みた続柄	
窓口に来た方の氏名 (届出人)	軽井沢 花子										妻	
窓口に来た方の住所・電話番号	軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1										電話番号 0267-45-8540	

《添付書類》

- ①新しい保険の資格情報書類のコピー
- ②国保資格情報書類の原本（回収のため）
- ③本人確認書（届出人）のコピー

（マイナンバーカード、運転免許証等）

※資格情報書類…資格確認書、資格情報のお知らせ
※①②は新しい保険の加入者全員分お持ちください。

窓口に来た方が世帯主の方以外の場合は記入してください。

氏名（フリガナ）	生年月日	続柄	職業	個人番号カードの（※） 健康保険証利用登録の有 無（資格喪失時は不要）	転居した日	転入前又は転出後の住所	個人番号変更	
							有無	有・無
（カルイザワ タロウ） 軽井沢 太郎	S 41・ 1・ 1 生	本人		□有 □無	.	.	有無	有・無
	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1						時期	
（カルイザワ ハナコ） 軽井沢 花子	S 42・ 1・ 2 生	妻		□有 □無	.	.	有無	有・無
	個人番号 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 2						時期	
（ ）	. . 生			□有 □無	.	.	有無	有・無
	個人番号						時期	
（ ）	. . 生			□有 □無	.	.	有無	有・無
	個人番号						時期	

新しい保険に加入された方全員の氏名、生年月日、続柄、個人番号を記入してください。

●資格喪失証明書以外の書類で加入申請の場合

任意継続せず、退職日の翌日に社会保険の資格を喪失しています。 署名 _____

擬制世帯主該当	●世帯主の勤務先 会社名 _____ 所在地 _____ 電話 _____
	●世帯主の被扶養者になれない理由 1. 失業保険受給中のため 2. 稼働年齢のため 3. 給与・年金収入等があるため（年収 _____ 万円） 4. 扶養申請予定 5. 世帯主が 75 歳以上のため 6. その他（ _____ ）

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード（個人番号通知書） <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 公簿
本人確認	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 他（ _____ ）

※本人確認：上段 1 点確認、下段 2 点確認（顔写真付でない場合）