

届出年月日

年 月 日



# 国民健康保険被保険者適用開始届

杉並区長宛

※太線の枠内を記入してください。

世帯主	下記のとおりに届け出ます。				届出代理人	※世帯主以外の方は記入してください。					
	住所	杉並区	丁目	番		号	住所	杉並区	丁目	番	号
	氏名	電	自宅	電話		携帯・他	氏名	電話			
個人番号											

枝番	フリガナ 加入する方の氏名	性別	生年月日	特記事項	交付	70歳以上	備考
		男	昭平令西暦	個人番号 <input type="checkbox"/> 変更あり( 年 月頃)	窓口	2割	
		女	・	マイナ保険証 1. あり 2. なし 3. 不明	郵送 証明書	3割	
		男	昭平令西暦	個人番号 <input type="checkbox"/> 変更あり( 年 月頃)	窓口	2割	
		女	・	マイナ保険証 1. あり 2. なし 3. 不明	郵送 証明書	3割	
		男	昭平令西暦	個人番号 <input type="checkbox"/> 変更あり( 年 月頃)	窓口	2割	
		女	・	マイナ保険証 1. あり 2. なし 3. 不明	郵送 証明書	3割	
		男	昭平令西暦	個人番号 <input type="checkbox"/> 変更あり( 年 月頃)	窓口	2割	
		女	・	マイナ保険証 1. あり 2. なし 3. 不明	郵送 証明書	3割	

事由	1. 転入 2. 社保離脱 3. 生保廃止 4. 出生 5. 職権適用開始 6. 他適用開始 7. 組合離脱 8. 後期高齢離脱				旧勤務先名称 ・電話番号	電話 ( )
区分	新規・追加		本人確認			
適用開始年月日	年 月 日		1点確認 マイナンバーカード 運転免許証 運転経歴証明書 パスポート 身体障害者手帳 在留カード 特別永住者証明書 雇用保険受給資格者証(写真・割印有) その他( )			
記番号	15	-	2点確認 資格確認書(国保・後期・社保) 介護証 マル乳証 マル子証 マル親証 年金手帳・証書 健康保険資格喪失証明書 その他( )			
受付場所	交付印	受付	入力	点検	住所移動に伴う世帯構成変更	
国保資格係	に連絡済				現在の勤務先	有・無
					1. 会社 2. 自営 3. なし	電話 ( )
					社保の適用	有・理由 無 [ ]