

# 国民健康保険

## 《記載例》

被保険者等届出書

次のとおり届け出ます。

|  |                                |  |                 |   |     |   |  |
|--|--------------------------------|--|-----------------|---|-----|---|--|
| 届出日  |                                | 西暦 <b>令和</b> 年 月 日                                       |                 | 住所  |     | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ<br>電話 <b>046 ( 225 ) 2120</b>  |  |
| 世帯主名<br>(届出人)  |                                | <b>厚木 太郎</b>   |                 | 個人番号  |     | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input checked="" type="checkbox"/> 世帯主以外 → <b>厚木 花子</b>  |  |
| 現住所  |                                | <b>厚木市 中町3丁目17番17号</b>                                   |                 | 個人番号  |     | <input type="checkbox"/> 全部<br><input checked="" type="checkbox"/> 一部<br><b>④ 記入者</b>   |  |
| No.  | フリガナ<br>氏名                     | 生年月日   | 性別              | 続柄  | 職業  | <b>② 世帯主の氏名、現住所、個人番号(不明の場合は空欄)を記入してください。</b>  |  |
| 1  | <b>アツギ ハナコ</b><br><b>厚木 花子</b> | <b>昭和</b> ・平成・令和・西暦<br><b>48</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 | 男・女<br><b>女</b> | 子   | 自営業 | 証明書の2割・3割<br>(回収) 済 未<br>未返却理由書   |  |
| 2  | 個人番号                           | 生年月日   | 性別              | 続柄  | 職業  | (交付) 確認書 窓・郵 ( / )<br>お知らせ 窓・郵 ( / )<br>証明書 2割・3割<br>(回収) 済 未<br>未返却理由書   |  |
| 3  | 個人番号                           | 生年月日   | 性別              | 続柄  | 職業  | (交付) 確認書 窓・郵 ( / )<br>お知らせ 窓・郵 ( / )<br>証明書 2割・3割<br>(回収) 済 未<br>未返却理由書   |  |
| 4  | 個人番号                           | 生年月日   | 性別              | 続柄  | 職業  | (交付) 確認書 窓・郵 ( / )<br>お知らせ 窓・郵 ( / )<br>証明書 2割・3割<br>(回収) 済 未<br>未返却理由書   |  |
| ★勤務先・健康保険組合等   |                                | 対象者No. <b>1</b>  |                 | 電話 <b>046 ( 111 ) 1234</b>  |     | マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無<br>(資格喪失時は <input checked="" type="checkbox"/> 不要)  |  |
| 勤務先等   |                                | <b>(株)あつぎ商事</b>  |                 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |     | 2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |  |
| 担当者  |                                | 個人番号確認欄  |                 | 世帯主   |     | No.1 No.2 No.3 No.4   |  |
| <input type="checkbox"/> 取得日<br><input type="checkbox"/> 資格喪失日<br><input type="checkbox"/> 生保廃止日 |                                | 年 月 日  |                 | <input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基 |     | <input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基<br><input type="checkbox"/> 個人住基 |  |
| <input type="checkbox"/> 前住国保  |                                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    |                 | <input type="checkbox"/> 来庁者確認  |     | <input type="checkbox"/> 代理権  |  |

国保加入用

① 記入した日付

④ 記入者

⑤ 屋間連絡のつく電話番号を記入してください。

③ 対象者全員分を記入してください。氏名、フリガナ、生年月日、性別、世帯主から見た続柄、個人番号(不明の場合は空欄)、

⑥ 勤務先等と電話番号を記入してください。

⑦ 対象者全員分のマイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無にチェックしてください。

記載内容を御確認の上、次の書類を御返送ください。  
 (※封筒には切手をお貼りください)  
 (1) この届出書  
 (2) 健康保険資格喪失証明書または退職年月日がわかる書類の写し生活保護受給廃止された方は、生活保護廃止決定書等の写し  
 (3) 世帯主と対象者全員分の個人番号が分かる書類の写し(個人番号カード、通知カード、住民票) ※個人番号が不明の場合は不要  
 (4) 記入者の本人確認書類の写し(※(2)(3)の両方に記入者分が含まれていれば不要)  
 (5) 世帯主及び世帯主と同一世帯以外の方が記入し、届出をされるときは、代理権を確認する書類の写し及び本人確認書類(運転免許証、個人番号カード、パスポート等)  
 ※不明な点は、厚木市国保年金課(電話046-225-2120)へお