

国民健康保険 被保険者資格関係届

被保険者証 記号番号	佐 渡	一				資格取得(喪失)年月日	年 月 日	
現住所	佐渡市						区 分	
前住所又は 変更後の住所	※特定同一所属世帯： 該当・非該当						加入：新規・追加 喪失：全部・一部	
氏 名	性 別	生 年 月 日	世帯主 との続柄	個人番号	職 業	事 由		
	男・女	昭・平・令 年 月 日				取得事由 1 転入 2 社会保険等離脱 ・ 社保又は共済組合脱退 ・ 国保組合脱退 ・ 障害認定撤回 3 出生 4 生活保護廃止 喪失事由 1 転出 2 社会保険等加入 ・ 社保又は共済組合加入 ・ 国保組合加入 ・ 後期高齢者医療へ移行 3 死亡 4 生活保護開始 その他事由 1 転居 2 氏名変更 3 世帯主変更 4 世帯構成変更		
	男・女	昭・平・令 年 月 日						
	男・女	昭・平・令 年 月 日						
	男・女	昭・平・令 年 月 日						
	男・女	昭・平・令 年 月 日						
	男・女	昭・平・令 年 月 日						
	男・女	昭・平・令 年 月 日						
氏 名 変 更	変更前		変更後					
記 事 欄	加入(喪失)年月日： 年 月 日							
	事業所名：							
	保険者番号：							
	記号番号：							
上記のとおり届けます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 住 所 佐渡市 (世帯主) 氏 名 ㊟ 個人番号 電話番号 () - </div> (あて先) 佐渡市長								

※以下の欄は記入しないでください。

職員 記載 欄	交付(回収)年月日	令和 年 月 日
	交付(回収)方法	1. 窓口 2. 郵送 3. その他 ()
	本人確認方法	1. 顔写真付きの公的証明書 2. 顔写真なしの公的証明書2点以上等 3. 確認が取れないため郵送