国民健康保険　被保険者資格関係届

被保険者記号番号	佐　渡	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	ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞの健康保険証利用登録の有無	事　　由
	男・女	昭・平・令　年　月　日				有・無	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 5　マル学
	男・女	昭・平・令　年　月　日				有・無	
	男・女	昭・平・令　年　月　日				有・無	
	男・女	昭・平・令　年　月　日				有・無	
	男・女	昭・平・令　年　月　日				有・無	
	男・女	昭・平・令　年　月　日				有・無	

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

住　　所　　佐渡市

（世帯主）

氏　　名

個人番号

電話番号　（　　）　　－

（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