

記載例（会社を退職した場合）

第1号様式（第2条関係）

国民健康保険被保険者資格取得届						
被保険者証記号 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8	資格取得年月日	年 月 日			
加 入 区 分	新 規 ・ 追 加	世帯主の被保険者の 資格の有無	有 ・ 無 (擬制世帯)			
前 住 所						
被保険者となる者の氏名	続柄	性別	生年月日	職業	資格取得理由	
個人番号						
1	清洲太郎	本人	男・女	S・H・R 52・1・1		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2					
2	清洲花子	妻	男・女	S・H・R 54・8・31		①転 入
	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3					
3	清洲にしき	子	男・女	S・H・R 17・7・7		②社会保険離脱
	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4					③出 生
4	清洲春子	子	男・女	S・H・R 21・10・1		④生活保護廃止
	4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5					⑤そ の 他
5			男・女	S・H・R .		
6			男・女	S・H・R .		

加入者全員の個人番号を記入してください。

上記のとおり届けます。
〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主 住所 清須市須ヶ口1238番地
氏 名 清洲太郎
個人番号 123456789012
電 話 052-400-2911

清須市長 様

<被保険者の資格喪失状況>

1. 資格喪失した保険者名【 】
2. 資格喪失年月日【 令和 年 月 日 】
3. 被保険者の勤務先名【 電話 【 】
4. 添付書類の提出が困難である理由【 】

受付者名 _____

確認者名 _____