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		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 個人番号		続柄	性別	生年月日	職業	資格取得理由
1			男・女	T・S・H・R ・　・		
2			男・女	T・S・H・R ・　・		
3			男・女	T・S・H・R ・　・		①転　入 ②社会保険離脱 ③出　生 ④生活保護廃止 ⑤そ の 他
4			男・女	T・S・H・R ・　・		
5			男・女	T・S・H・R ・　・		
6			男・女	T・S・H・R ・　・		
7			男・女	T・S・H・R ・　・		
8			男・女	T・S・H・R ・　・		

上記のとおり届けます。

年　月　日

住　所　清須市

世帯主　氏　名

個人番号

電　話　(　)

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【　　年　月　日】

3．被保険者の勤務先名【　　】

4．添付書類の提出が困難である理由【　　】

受付者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　確認者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿