(宛先) 太田市長

国民健康保険資格 取得・喪失 異動届

受付	本人確認	
	1 個人番号カード等 2 免許証 3 パスポート 4 在留カード等 5 保険証 6 その他()	

下記のとおり届けます。

あわせて、関係法令に基づき、個人番号による届け出に必要な個人情報(税情報等)の調査・使用に同意します。

(職権記載等調書)

※ 太枠の中を記入してください。

※ 個人番号(①・②)を記入してください。

※ 代理人による届出には委任状が必要です。

※ 外国籍の方は在留カード又は特別永住者証明書を必ず提示してください。

届出年月日		令和 年 月 日		①届出人 個人番号																	
届出人	☐ 世帯主	氏名		電話番号		代理人	住所										記号 番号	太田国			
	☐ 世帯員						(委任状持参の方)														
世帯主	氏名		住所	太田市										確認 事項	同世帯内に国組加入者		備考	□国保使用なし			
				☐ 同上		□いる		□いない		□国保使用あり											
フリガナ			性別	生年月日		世帯主から みた続柄	マイナ保険証 ※の有無	②個人番号(マイナンバー)				社会保険 資格(取得・喪失)年月日									
手続きする方の氏名				年 月 日								取得 年月日 喪失									
1			男・女	昭和 平成 令和 西暦			□有 □無					取得 年月日 喪失									
				年 月 日								年 月 日									
2			男・女	昭和 平成 令和 西暦			□有 □無					取得 年月日 喪失									
				年 月 日								年 月 日									
3			男・女	昭和 平成 令和 西暦			□有 □無					取得 年月日 喪失									
				年 月 日								年 月 日									
4			男・女	昭和 平成 令和 西暦			□有 □無					取得 年月日 喪失									
				年 月 日								年 月 日									
5			男・女	昭和 平成 令和 西暦			□有 □無					取得 年月日 喪失									
				年 月 日								年 月 日									
6			男・女	昭和 平成 令和 西暦			□有 □無					取得 年月日 喪失									
				年 月 日								年 月 日									

※健康保険証利用登録済みのマイナンバーカード。マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りま。