

国民健康保険被保険者 資格取得（適用開始）届

令和 年 月 日 届出				恩納村長 殿			
取得理由		1 転入 2 社会保険離脱 3 出生 4 生保廃止 5 その他（ ）					
被保険者証 記号・番号		恩 国		異動年月日		令和 年 月 日	
						全部 一部	
	異動する方の氏名	世帯主との 続柄	性 別	生年月日 個人番号		職 業	
1	Your name	本人・妻・夫・子 ()	男 女	Date of Birth 日		なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト()	
2		本人・妻・夫・子 ()	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]	なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト()	
3		本人・妻・夫・子 ()	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]	なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト()	
4		本人・妻・夫・子 ()	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]	なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト()	
5		本人・妻・夫・子 ()	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]	なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト()	
6		本人・妻・夫・子 ()	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]	なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト()	
住 所		恩納村字 Address in Okinawa				<input type="checkbox"/> 職権処理	
世帯主氏名		Your name Signature				世帯主の被保険者資格 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
TEL		自宅 098-966-2271		携帯 ()			
届 出 人	住 所	※世帯主以外の場合、記入 <input type="checkbox"/> 世帯主と同住所					
	氏 名	() ④		続 柄	妻・夫・子・その他()		
	TEL	()		<<職場確認>> 会社名 連絡先 担当者名 記号 番号 (本人・家族) 保険者番号			
[備考]							
資 格 ・ 給 付 関 連				賦 課 関 連			
受 付	保険証交付	保険証回収	喪失後受診	1月1日現在	賦課異動	納付書発行	還 付
	<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 返信用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 村内 <input type="checkbox"/> 村外 <input type="checkbox"/> 国外	<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 期限()	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 用紙記入