国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者記号・番号	五泉	＊	＊	＊	＊	＊	＊	資格取得年月日	＊＊年＊＊月＊＊日

	被保険者氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号
1	五泉　太郎	男・女	昭・平・令　50年　1月18日	子	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
2			昭・平・令		
3					
4					
5			令		
6		男・女	昭・平・令　年　月　日		

1

2

「被保険者の記号・番号」と「資格取得年月日」は記入しない

①国民健康保険の資格を取得する人の氏名・性別・生年月日・続柄（世帯主から見た関係）を記入します
②個人番号（マイナンバー）を記入します（不明の場合は無記入でも可）

上記のとおり届出します。　令和　年　月　日

3

4

住　所	五泉市太田１０９４番地１
世帯主名	五泉　花子
世帯主の個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4
電話番号	0250-43-3911
届出人氏名	五泉　太郎

五泉市長　様

③この届出を作成した日を記入します
④住所・世帯主名・世帯主の個人番号・電話番号・届出人（記入者）氏名を記入します
※日中に連絡の取れる電話番号を記入してください

※以下は記入し

マイナ保険証利用登録				
資格確認書・資格				
交付・				
高齢受給者証		生保廃止	非自発的	案内済・提出	入力
限度額適用認定証				
国民年金				
確認	住・個・免 保・年・介・資 他（　　）	（　　）	（　　）

○保険税の通知書は、市に届出があった翌月に、**世帯主宛て**に発送します
○口座振替での納付を希望する場合は、市役所（ゆうちょ銀行の場合は郵便局）にて手続きが必要です