|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届　出　年　月　日  太枠内をボールペンでお書きください。 | | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 江別市長　宛  **国保・年金届** | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付 | | 入力 | | | 点検 | | | 賦課 | | | 年金 | | | 医療助成 | |
| 届出人 | | １　世帯主 | | 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| ２　世帯員 | |
| ３　代理人 | | 電話番号 | | | | （　　　　　　）　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 江別市 | | | | | | | | | | | | | | | | 世帯主名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | 国民健康保険  世帯主同意署名 | | | | | | |  | | | | | | | |  | | 全部 | | | 取得 | | | 再取得 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | 一部 | | | 喪失 | | | 主変 |
| 加 入 （ 喪 失 ） さ れ る 方 を **全 員** 記 入 し て く だ さ い 。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フ　　　　リ　　　　ガ　　　　ナ | | | | | | | | | 続柄 | | | | | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 国　　　　　　　民　　　　　　　年　　　　　　　金 | | | | | | | | | | | | | | 国　　民　　健　　康　　保　　険 | | | | | | | | |
|  | | | | | 名 | | | |
| 氏 | | | | | 生　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 種類 | | 基礎年金番号 | | | 得喪変年月日 | | | 区分 | | 支払 | | | | 得喪年月日 | | | 国保証番号 | | | | | |
| １ |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | 得　喪　変  ・　　・ | | |  | | 前　　　　　　　納 | 有　・　無  （　　　月  分から） | | | 得　　　喪  ・　　・ | | | 新 | | |  | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | 旧 | | |  | | |
| ２ |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | 得　喪　変  ・　　・ | | |  | | 得　　　喪  ・　　・ | | | 保険証 | | | ・　　　・　　　交付 | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | ・　　　・　　　回収 | | |
| ３ |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | 得　喪　変  ・　　・ | | |  | | 付　　　　加 | 有　・　無 | | | 得　　　喪  ・　　・ | | | 未処理 ・ 処理済 | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | 資格喪失後の国保証受診 | | | 有 ・ 無 ・ 不明  （有又は不明の場合の案内）  ・医療機関への新証提示について  ・返還請求について  ※協会けんぽの場合  ・保険者間調整及び同意書について | | |
| ４ |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | 得　喪　変  ・　　・ | | |  | | 得　　　喪  ・　　・ | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | 免　　 　除 | 有　・　無 | | |
| ５ |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | 得　喪　変  ・　　・ | | |  | | 得　　　喪  ・　　・ | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |
| 得 喪 事 由 | | 社保離脱 | 組保離脱 | | | | 転　　入 | | 他　　始 | |  | | | 本人確認 | | 運転免許証 | | | | | | | | | 学生証 | | | | | その他 | | | | | |  | | （備考）  **有 ・ 無 ・ 不明** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 所得申告  ・データあり  ・データなし  ・市申（　　　　年度）  ・簡易（　　　　年度）  ・その他  ( ) | | |
| 社保加入 | 組保加入 | | | | 転　　出 | | 他　　終 | | パスポート | | | | | | | | | 在留カード | | | | |
| 出　　生 | 生保廃止 | | | | 後期離脱 | | その他 | | 障がい者手帳 | | | | | | | | | マイナンバーカード | | | | |
| 死　　亡 | 生保開始 | | | | 後期移行 | | 療育手帳 | | | | | | | | |
| 主　　　変 | | 氏　　　　　　名 | | | 続　　　　　　　　　柄 | | | | | | |  | 前期高齢証 | | | | | | | |  | | 社保等資格  喪失後の受診 | | | | | | | | 申立書 | | | 有　　・　　無 | | | | | | |  | 納付方法 | 納付書　　　・　　　口座振替 | | | | | | | | 給付確認 | | | | | | | 医療助成確認 | | |
|  | | | ⇒ | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | （口座振替の場合） | | | | | | | | ・出産育児一時金  ・葬祭費 | | | | | | | ひとり親　・子ども医療 | | |
|  | | | ⇒ | | | | | | | 割 | | | | | | | | 有 ・ 無 ・ 不明 | | | | | | | | から有効 | | | | | | | 申込済　　・　　口振はがき交付済 | | | | | | | | 重度医療 | | |