

< 記入例(国保用) >

- ・ 太枠内の青字で記載をしている箇所にご自身の情報を記入してください。
- ・ 黒のボールペンで記入してください。
- 「消せるボールペン」は使用しないでください。 ※ 訂正は2重線で行ってください

【必要なもの】

- ①本届書(国民健康保険 関係届)
- ②健康保険資格喪失証明書(原本)
 - ※保険者(協会けんぽ・健康保険組合等)または事業所が発行したもの
- ③個人番号(マイナンバー)がわかるものの写し

国民健康保険 関係届 (国保用) 郵送専用

国民年金 関係届

届出日 令和 6 年 Δ 月 Δ 日

神戸市(区)長 宛

住所 神戸市 中央 区 加納町6丁目5-1

連絡先 (自宅) ××× - ××× - ××××
(世帯主) (携帯) ××× - ××× - ××××

世帯主 神戸 太郎

個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○○

届出人 世帯主 同じ世帯の方 代理人 本人(年金のみ)

氏名 () 住所 ()

被保険者証番号 ()

本年1月1日住所 神戸市内

昨年1月1日住所 大阪府大阪市北区中之島1丁目3-20

届書 届出の理由 新規取得 社会保険 → 旧被扶養 一部取得 国保組合 一部喪失 生活保護 潜在 住所変更 入国・出国 出生・死亡 世帯分離・合併

人員 主変更 所属変更 在留期限更新 その他 転入・転出・転居 障害認定・撤回 その他

証交付 郵送(短期証・資格者証) 窓口(一) 窓口(特) 一般 擬制

交付日 () 旧証番号 () 旧世帯主 () 旧世帯人員 ()

No.	(フリガナ) 氏名 個人番号	生年月日 外国人区分	性別	続柄	職業	国民健康保険			社会保険等(証明書等の添付がない場合に記載)		
						資格適用開始・終了年月日 (異動年月日)	保険証返却	高齢受給者	資格取得・喪失年月日	本人・家族の別	本人・家族の別
1	神戸 太郎 コウベ タロウ	大(昭)平・令・西曆 ○○年○○月○○日	<input checked="" type="checkbox"/> 男	世帯主	自営業	令和 西曆 6 年 0 月 0 日	回収	該当	記号 番号 枝番	本人・家族	本人・家族
2	神戸 花子 コウベ ハナコ	大(昭)平・令・西曆 ××年××月××日	<input type="checkbox"/> 女	妻	無し	令和 西曆 6 年 0 月 0 日	回収	該当	記号 番号 枝番	本人・家族	本人・家族
3	神戸 一郎 コウベ イチロウ	大(昭)平・令・西曆 △△年△△月△△日	<input checked="" type="checkbox"/> 男	子	学生	令和 西曆 6 年 0 月 0 日	回収	該当	記号 番号 枝番	本人・家族	本人・家族
4		大(昭)平・令・西曆 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男			令和・西曆 年 月 日	回収	該当	記号 番号 枝番	本人・家族	本人・家族

個人番号変更履歴あり (上記 1・2・3・4) 外国人氏名表記 本名(アルファベット・漢字) 通称名

※備考

個人番号確認 マイナンバーカード 通知カード 住民票 他 ()

身元確認 マイナンバーカード 運転免許証 パスポート 在留カード 他 ()

既に国保に加入している方が世帯にいる場合その方の7桁の保険証番号(保険証右上に記載)を記入してください。

昨年・本年の1月1日時点の住所を記入してください。

満70~74歳の方は「該当」を○で囲んでください。

健康保険資格喪失証明書に記載されている資格喪失年月日(退職日の翌日)を記入してください。

勤務先の健康保険を脱退された方全員を記入してください。

※届出人(世帯主)が脱退された場合も再度、記入してください。

