

9-01 国民健康保険 資格関係届

四日市市長

被保険者 記号番号	令和 . . 異動	取得事由	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 後期離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 月中社保離脱 <input type="checkbox"/> 月中国組離脱 <input type="checkbox"/> その他 []	喪失事由	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 職権消除 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 後期加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他 []	異動区分	<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 一	世帯区分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 擬制 <input type="checkbox"/> 普→擬 <input type="checkbox"/> 擬→普	給付連絡	<input type="checkbox"/> 遡及脱退 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 限度額証
	令和 . . 届出										

届出人住所	四日市市 TEL () - ※マンション・アパート名 部屋番号まで書いてください	届出人氏名	世帯主からみた関係 [<input type="checkbox"/> 本人]	本人確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号 C <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険年手 <input type="checkbox"/> 年証 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 住基 C <input type="checkbox"/> 在留 C <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> キ <input type="checkbox"/> ク <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> 聴取 <input type="checkbox"/> 他 [] <input type="checkbox"/> 他 []									
世帯主住所	四日市市 TEL () - <input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 委任状有り	世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	受付	<input type="checkbox"/> 地区市民センター	<input type="checkbox"/> 市民窓口	<input type="checkbox"/> 市民課	<input type="checkbox"/> 保険年金課	<input type="checkbox"/> (印) 処理・受付書類				
1	異動する方の氏名・生年月日・個人番号 ㊦㊧㊨ (西暦・昭・平・令 . .) 男・女 [C・通・住]	続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主	資格区分	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 遠 <input type="checkbox"/> 特	在留資格	<input type="checkbox"/> 特定活動以外 <input type="checkbox"/> 特定活動⇒ <input type="checkbox"/> 指定書 期間 年 月 満了 R . .	被保険者証交付回収	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 発効期日 R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> (口座) <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止
2	㊦㊧㊨ (西暦・昭・平・令 . .) 男・女 [C・通・住]			<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 遠 <input type="checkbox"/> 特	<input type="checkbox"/> 特定活動以外 <input type="checkbox"/> 特定活動⇒ <input type="checkbox"/> 指定書 期間 年 月 満了 R . .	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 発効期日 R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> ()	健康保険資格取得喪失証明書 健康保険証写し <input type="checkbox"/> 簡易申告 マル学・マル遠・住所地特例届 番号連携 ()	<input type="checkbox"/> (交付) <input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 郵送 /	
3	㊦㊧㊨ (西暦・昭・平・令 . .) 男・女 [C・通・住]			<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 遠 <input type="checkbox"/> 特	<input type="checkbox"/> 特定活動以外 <input type="checkbox"/> 特定活動⇒ <input type="checkbox"/> 指定書 期間 年 月 満了 R . .	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 発効期日 R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	他保険について の確認	<input type="checkbox"/> 任意継続しない <input type="checkbox"/> 社保扶養になれない		
4	㊦㊧㊨ (西暦・昭・平・令 . .) 男・女 [C・通・住]			<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 遠 <input type="checkbox"/> 特	<input type="checkbox"/> 特定活動以外 <input type="checkbox"/> 特定活動⇒ <input type="checkbox"/> 指定書 期間 年 月 満了 R . .	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 発効期日 R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 未回収	擬制世帯の確認 <input type="checkbox"/> 収入が一定以上ある <input type="checkbox"/> 社会保険加入手続中 <input type="checkbox"/> 後期高齢に加入中 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給中 <input type="checkbox"/> その他 []			

★国保への加入届が14日を超えた理由★

喪失証明書の交付が遅れた 社会保険等の資格が遡って切れた
 届出の義務を知らなかった 他 []

◎国保喪失日以降の国保使用による病院受診

無 有⇒病院へ申し出
 不詳⇒確認後あれば、病院へ申し出

備考欄

◎国民健康保険に加入される方へ

《加入時に必要なもの》

- 健康保険資格喪失証明書又は有効期限記載の任意継続被保険者証
- 届出人の本人確認書類
 - ① 官公署発行の顔写真入りの本人確認書類…1点
(例) 個人番号カード・運転免許証・パスポート・住基カード(写真入)等
 - ② ①がない方は氏名と住所又は生年月日を確認できるもの…2点以上
(例) 健康保険証・年金手帳等
- 世帯主と加入予定者全員の個人番号確認書類
個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票等
- 預金通帳と通帳届出印(振替口座登録のため)
令和4年4月から保険料のお支払いは、原則として口座振替でお願いしています(特別徴収(年金天引き)の世帯をのぞく)。
- 外国人の場合、上記のものに加え加入予定者全員の次の書類
パスポート(四日市市に居住後のもの全て・特別永住者は除く)に加え在留カード
- 同一世帯員以外の届出の場合、委任状

裏面、資格関係届の赤枠内をご記入ください。

- ◎保険証は原則郵送交付です。同一世帯員が上記①の本人確認書類をお持ちの場合のみ即日交付いたします。
- ◎国民年金の届出が必要な方(20歳~59歳)は、年金手帳または基礎年金番号通知書をお持ちください。

◆国民健康保険の加入届は、健康保険の資格喪失日から
14日以内に必要です。

【事務担当】

〒510-8601
四日市市諏訪町1番5号
四日市市役所 3階
保険年金課 資格係 ☎059-354-8159

◎事業主様へお願い

【国民健康保険の加入について】

健康保険の資格が喪失となり、他の健康保険に加入できない場合は、国民健康保険への加入届が法令により義務づけられております。

四日市市国民健康保険に加入される場合、下記内容が記載された書類が必要です。

◆下記の証明書を作成のうえ、加入される方へお渡しいただきますようお願いいたします。

健康保険資格喪失証明書

被保険者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	昭和・平成	年	月 日	
	資格取得日	平成・令和	年	月 日	
	退職日	令和	年	月 日	
	資格喪失日(※)	令和	年	月 日	
保険の種類	記号			番号	
	保 険 者 〔全国健康保険協会〇〇支部 ・〇〇健康保険組合など〕		名 称		
			保険者番号		
被扶養者	氏 名	生年月日	資格取得日	資格喪失日	
		・ ・	平成・令和 ・ ・	令和 ・ ・	
		・ ・	平成・令和 ・ ・	令和 ・ ・	
		・ ・	平成・令和 ・ ・	令和 ・ ・	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

(提出先) 四日市市長

事業所 所在地
又は 名称
保険者

電話番号 () -

(※)健康保険の資格喪失理由が退職の場合、資格喪失日は退職日の翌日となります。