

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"/> 入国 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 後期離脱 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 月中社保離脱 <input type="checkbox"/> 月中国組離脱 <input type="checkbox"/> 二年遡及 <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"/> 転居 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 後期加入 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他 []	異動区分	□全 □一	世帯区分	□普通 □擬制 □普→擬 □擬→普
	令和 · · 届出								

届出人 住所	TEL () -				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				
	四日市市 ※マンション・アパート名 部屋番号まで書いてください					<input type="checkbox"/> マインバー C <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留 C <input type="checkbox"/> 他 []				<input type="checkbox"/> 確 <input type="checkbox"/> 年手口介護口通 <input type="checkbox"/> キクロク口診口聴取 <input type="checkbox"/> 他 []				
世帯主 住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 委任状有り TEL () -				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			[印]
	四日市市					<input type="checkbox"/> マイナンバー 確認 [C・通・住]					<input type="checkbox"/> 処理・受付書類			
	異動する方の氏名・生年月日・マイナンバー		続柄	マイナ 保険証	在留資格	資格区分	資格確認書等交付回収		70~74歳	申請受付	[口座] □新規 □継続 □変更 □廃止 □なし			
1	フジダ (西暦・昭・平・令 年 月 日)		□世帯主 □有 □無 □不明 [C・通・住]	□有 □無 □不明	□特定活動以外 □特定活動⇒□指定書 期間 年 月 満了	□主 □学 □被保 □遠 □特 □確 □知	□一般 □特療 □回収 □未回収	□新規 □3割 □2割 □発効期日 R . .	□解除 □要配慮	保険料案内 (□現 □前 □前々) □電話番号□送付宛名□汎用メモ □収納状況 □収納連絡 □給付確認 □離職案内 □離職終了入力 □加入時案内チラシ				
	男・女									□健康保険資格取得喪失証明書 □確・知写し □マイナポータル転記 □マル学・マル遠・住所地特例届 □番号連携 □生活保護決定通知書 □簡易申告 □() 賦課・収納連絡				
2	フジダ (西暦・昭・平・令 年 月 日)		□有 □無 □不明 [C・通・住]	□有 □無 □不明	□特定活動以外 □特定活動⇒□指定書 期間 年 月 満了	□主 □学 □被保 □遠 □特 □確 □知	□一般 □特療 □回収 □未回収	□新規 □3割 □2割 □発効期日 R . .	□解除 □要配慮	[交付] □即日 □郵送 / □番号連携 □生活保護決定通知書 □簡易申告 □() 賦課・収納連絡 □月中社保離脱 賦課連絡 □変更納付書(一期分) □交付 □郵送 □督促入れ違い説明 □収納担当より保険料案内				
	男・女									他保険について □任意継続しない □社保扶養になれない 擬制世帯の確認				
3	フジダ (西暦・昭・平・令 年 月 日)		□有 □無 □不明 [C・通・住]	□有 □無 □不明	□特定活動以外 □特定活動⇒□指定書 期間 年 月 満了	□主 □学 □被保 □遠 □特 □確 □知	□一般 □特療 □回収 □未回収	□新規 □3割 □2割 □発効期日 R . .	□解除 □要配慮	[他保険] □収入が一定以上ある □社会保険加入手続中 □後期高齢に加入中 □雇用保険受給中 □その他 []				
	男・女									備考欄				
4	フジダ (西暦・昭・平・令 年 月 日)		□有 □無 □不明 [C・通・住]	□有 □無 □不明	□特定活動以外 □特定活動⇒□指定書 期間 年 月 満了	□主 □学 □被保 □遠 □特 □確 □知	□一般 □特療 □回収 □未回収	□新規 □3割 □2割 □発効期日 R . .	□解除 □要配慮	[他保険] □収入が一定以上ある □社会保険加入手続中 □後期高齢に加入中 □雇用保険受給中 □その他 []				
	男・女									備考欄				

★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

◎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資格確認書 等

□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) マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等

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) 診察券・資格確認書等

□世帯主と加入予定者全員の個人番号確認書類

マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票等

□預金通帳と通帳届出印（振替口座登録のため）

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。

◎資格確認書等は原則郵送交付です。届出人が本人確認書類をお持ちの場合に即日交付いたします。（代理人の場合は委任状が必要です。）

◎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。**

●医療機関等を受診するために必要な被保険者資格情報は、最短で2～3日程度お待ちいただければ、マイナンバーカードで受診いただくためのシステムに登録される予定です。また、マイナンバーカードでの保険証の利用登録が完了している場合、再度の登録は必要ありません。

【事務担当】

〒510-8601

四日市市諒訪町1番5号

四日市市役所 3階保険年金課

資格係 ☎059-354-8159

マイナポータル 資格確認欄（脱退用）

該当番号	1	2	3	4
保険者番号				
記号		番号		
資格取得日	R	.	.	

◎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います。

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 險 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			
記号			番号	
保 險 的 種 類	保 險 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。