国民健康保険資格取得届

大槌町長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | * 世帯主本人 * 世帯主以外の方   住　　所：  氏　　名：　　　　　　　　　　　　世帯主との続柄：  個人番号：  電話番号：　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　－  岩手県上閉伊郡大槌町  電話　　　－　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 氏　　　　名 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 印 | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 取得する人の氏名等 | 氏　　　　名 | | 性　別 | | | 生　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  | 男・女 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 2 |  | 男・女 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 3 |  | 男・女 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 4 |  | 男・女 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 5 |  | 男・女 | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| 擬　制  世　帯 | | 世帯主が国民健康保険の加入でない場合は、以下も記入して下さい。  世帯主の加入している保険の種類：国保組合・共済・健保・協会けんぽ・後期高齢 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**※　必要添付書類：事業所から発行される健康保険資格喪失証明書**

※代理人が届ける場合は以下の委任状が必要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委　任　状 | | | | |
| 代理人 | 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　所 |  | 連　絡　先 |  |
| 委任内容 | １　国民健康保険取得手続き | | | |
| 大槌町長　殿  　私は、上記の者を代理人とし、上記の権限を委任します。  　　 　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　委任者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人との続柄 | | | | |

**※必要添付書類：代理人の身分証明書（免許証等）**