

国民健康保険資格取得届

大槌町長 殿

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|-----|-------|---------|---------|--|--|---------|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| 届出人 | <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 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 <div style="text-align: right;">電話 — —</div> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 個 人 番 号 | | | | 続 柄 | | | | | |
| | 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 <div style="text-align: right;"> 委任者 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 _____ 代理人との続柄 _____ </div> | | | | | |

※必要添付書類：代理人の身分証明書（免許証等）