**国民健康保険資格取得届**

墨田区長あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | 世帯主からみた関係 | | □世帯主 □父・母 □夫・妻 □子 □その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 個人番号 |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険に加入する人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 職業 | □無職 □自営業 □パート・アルバイト □学生 □その他 | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 資格取得日 | 年　　月　　日 | | | | | | | マイナンバーカードの健康  保険証利用登録の有無 | | | | | | | 有・無 | | |
| ２ | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 職業 | □無職 □自営業 □パート・アルバイト □学生 □その他 | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 資格取得日 | 年　　月　　日 | | | | | | | マイナンバーカードの健康  保険証利用登録の有無 | | | | | | | 有・無 | | |
| ３ | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 職業 | □無職 □自営業 □パート・アルバイト □学生 □その他 | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 資格取得日 | 年　　月　　日 | | | | | | | マイナンバーカードの健康  保険証利用登録の有無 | | | | | | | 有・無 | | |
| ４ | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 職業 | □無職 □自営業 □パート・アルバイト □学生 □その他 | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 資格取得日 | 年　　月　　日 | | | | | | | マイナンバーカードの健康  保険証利用登録の有無 | | | | | | | 有・無 | | |