

国民健康保険資格関係届

(あて先) 猪名川町長 様
下記の通り届出します。

届出年月日	年 月 日	届出人	個人番号	世帯主との関係	被保険者番号
	異動年月日		年 月 日		
			・本人 ・()		

住所	猪名川町	電話番号				
	※申請者と異動する方が違う場合記入ください。				届出者	
異動する方の氏名		生年月日	性別	世帯主との続柄	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	個人番号
1	ふりがな	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	ふりがな	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2	ふりがな	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	ふりがな	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

氏名変更・世帯主変更届出欄

変更項目	変更前	変更後
氏名変更	ふりがな	ふりがな
世帯主変更	ふりがな	ふりがな

役場記入欄

取得	異動事由(取得)		異動事由(喪失)		マイナンバーカード利用登録確認	確認方法
	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社会保険離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 職権記載 <input type="checkbox"/> その他取得 <input type="checkbox"/> 後期離脱(障害認定取消)	喪失	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 職権抹消 <input type="checkbox"/> その他喪失 <input type="checkbox"/> 後期加入(障害認定)	<input type="checkbox"/> 届出への記入 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> マイナポータル		
加入区分	新規・追加	喪失区分	全部・一部 資格確認書 回収・未回収	世帯区分	一般・擬制	
処理確認	【取得】 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 旧被扶養者 【喪失】 <input type="checkbox"/> 保険税の精算 <input type="checkbox"/> 特定同一世帯					
受付	<input type="checkbox"/> 保険課 <input type="checkbox"/> 日生連絡所 <input type="checkbox"/> 六瀬連絡所 <input type="checkbox"/> 郵送	受付者				

旧被扶養者に係る国民健康保険税減免申請

(資格取得日現在65歳以上の方に限る:氏名欄の番号を○で囲ってください)

○印の方は、国保資格取得日の前日、会社の健康保険等から後期高齢者医療制度の被保険者となった方の被扶養者でしたか?
→ (はい・いいえ)

はいの場合は「旧被扶養者」の要件に該当されますので、この届出をもって減免申請があったものとして処理します。

※減免措置①旧被扶養者にかかる所得割・資産割については免除されます。②7割、5割軽減世帯でない場合、旧被扶養者にかかる均等割が減額されます。③旧被扶養者のみの世帯で、7割、5割軽減世帯、特定世帯でない場合は、平等割が減額されます。