

届出人の氏名を記載してください。

押印してください。

記載内容についてご連絡をする場合がございます。日中に連絡が取れる電話番号を記載してください。

【記入例】

国

届出日	届出人	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 本人	氏名	市川 太郎	連絡先			
住所	南八幡2-20-2			フリガナ	イカワ タロウ	市川 太郎			
異動する人の氏名		生年月日	性別	続柄	処理区分	資格	退職	得喪年月日	事由
イカワ タロウ 市川 太郎		55.1.1	女	主	回収 誓約 職消	被 擬 学	本人 扶 養	得 喪	世帯主
イカワ ハナコ 市川 花子		55.1.3	男	妻	回収 誓約 職消	被 擬 学	本人 扶 養	得 喪	加入 保険
イカワ ジロウ 市川 次郎		31.1.5	女	子	回収 誓約 職消	被 擬 学	本人 扶 養	得 喪	1. 健保 (政管・組合) 2. 共済 3. 国保組合 4. 長寿 (後期) 5. その他 ()
					回収 誓約 職消	被 擬 学	本人 扶 養	得 喪	被扶養とならない理由
					回収 誓約 職消	被 擬 学	本人 扶 養	得 喪	1 雇用保険受給 2. 扶養申請予定 3. 収入 (月額 万円・年額 万円) 社員・アルバイト・パート) 4. 試用期間 (年月日～年月日) 5. その他 ()
					回収 誓約 職消	被 擬 学	本人 扶 養	得 喪	取得事由
					回収 誓約 職消	被 擬 学	本人 扶 養	得 喪	転入 (全部・一部) 社保離脱 国組離脱 旧被扶養 (主後期で扶養離脱) 生保廃止 職権回復
									高年齢受給 2割 一般 II・低 I 3割 現 III II・現 I
									受付 入力

世帯主の氏名を記載してください。

異動する人の欄には、国民健康保険に加入する方全員の記載が必要です。世帯主届出人等に関わらず、今回の手続きで保険証を作る方全員を必ず記載してください。

世帯主が市川市国民健康保険に加入されない場合は、世帯主の勤務先、加入している健康保険、世帯主の扶養とならない理由の記載が必要となります。

※返納金 有・無