

— 国民健康保険加入等に関する申出書 —

(Application for joining National Health Insurance)

申出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(date of application)

▼申請者(窓口にいらした方)のお名前、ご住所、生年月日、電話番号を記入してください

(Please fill in the information of the applicant below.)

フリガナ			住所 (address)	加入者との関係	1. 同世帯
申請者 (窓口にいらした方) (name)	氏(surname)	名(given name)			2. 別世帯 ※保険証は郵送となります。
生年月日 (date of birth)	昭和・平成 西暦	年 月 日 year month day	電話 (phone)		自宅・携帯 ()

▼今回、国民健康保険に入る方(全員)の氏名と職業を記入してください。

(Please fill in the name and the occupation of all who will join NHI.)

氏名	職業	氏名	職業	氏名	職業
同上					
氏名	職業	氏名	職業	氏名	職業

お持ちの身分証	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 住民基本台帳カード 4. マイナンバーカード 5. 在留カード 6. 身体障害者手帳 7. 愛の手帳 8. 官公庁発行写真付き証明書 9. 無し【保険証は郵送】
---------	--

▼該当する番号に○をしてください。

1. 会社の保険等を喪失した(退職または扶養から外れた等)

→退職証明書又は喪失証明書等 <<有・無>>



以下の太枠内は、上記の証明書等がない場合に記入してください。

以前の勤務先名称		電話番号	
退職日・喪失日		確認 担当者名	月 日 確認

2. 北区に転入した

3. お子さんが生まれた お子さんのお名前() (年 月 日生)

4. 生活保護が廃止になった

5. 社会保険加入等

6. その他()

資格取得が3カ月以上遡る方の承諾書

国民健康保険の資格及び保険料が3ヶ月以上遡ることを承諾します(最長2年)

I accept that NHI qualification is applied retroactively for 3 months or more. I will pay my NHI premium retroactively for maximum of 2 years.

▼承諾者の氏名 (signature)