

ご記入方法

現住所	川西市
世帯主氏名	世帯主の電話番号 (※携帯電話可)
世帯主個人番号	

1 現住所、世帯主氏名、世帯主の電話番号を記入

被保険者証番号	新 引継 一部	→	被保険者証番号	新 引継 一部
---------	---------------	---	---------	---------------

* 加入される方全員についてご記入ください *

異動コード	資格得喪年月日	番号	フリガナ氏名	生年月日	性別	年齢	個人番号	職業等	マル学
	. .	1		昭・平・令	男	歳		1. 会社員 2. 自営業 3. パート・アルバイト 4. その他	学
	. .	2				歳		1. 会社員 2. 自営業 3. パート・アルバイト 4. その他	学
	. .	3				歳		1. 会社員 2. 自営業 3. パート・アルバイト 4. その他	学
	. .	4				歳		1. 会社員 2. 自営業 3. パート・アルバイト 4. その他	学
	. .	5				歳		1. 会社員 2. 自営業 3. パート・アルバイト 4. その他	学
	. .	6		昭・平・令	男・女	歳		1. 会社員 2. 自営業 3. パート・アルバイト 4. その他	学

2 (再発行される方全員の)
氏名
生年月日
性別
年齢
を記入

* 届出人についてご記入ください *

世帯主との続柄	
1. 世帯主本人	2. 配偶者・子
3. その他 ()	
氏名	
住所(※住所必須)	
電話番号(※日中連絡先)	
()	

4 押印

● 世帯主確認	<input type="checkbox"/> 済
● 任意継続説明	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
● 社保扶養加入説明	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
● 請求金額説明	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
● 請求方法説明	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> 翌月中旬 通知書	
<input type="checkbox"/> 翌月納付書 差し替え(増/減)	
<input type="checkbox"/> 所得照会のため2回に分けて	
<input type="checkbox"/> 期~口座振替 (申込書/ペイジー)	
<input type="checkbox"/> 年 月~特徴 予定	
● 口座振替	<input type="checkbox"/> 用紙手渡し <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 引き継ぎ依頼
● 簡易申告受付	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
● 擬主制度説明	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
● 被扶養者減免受付	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> 組合離脱・64歳以下なら、給付へ引き継ぎ済	
● 入院中または入院の予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 給付へ引き継ぎ済	
● 認定証やマル長証等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 給付へ引き継ぎ済	
● ガイドブック・健診の案内手渡し	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要

3 (記入者の) 氏名、住所、電話番号を記入

再発行申請欄
再発行理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損
場所 ()

国民健康保険証処理
<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 回収
<input type="checkbox"/> 書留発送 ()
<input type="checkbox"/> 普通発送 <input type="checkbox"/> 未回収
発送日 ()
月 日 <input type="checkbox"/> 返信用封筒同封
通 短 退

高齢受給者証
証出力
回収・未回収
割

世帯の継続性
世帯構成の変更
国保上の世帯主

5 上記①~④に記入、押印し、ご返送ください。

マル学被保険者証交付申請欄
学校名
修学期間 年 月 ~ 年 月
学校所在地

受付	入力	証出力

※特記事項
(免許証No.)

<input type="checkbox"/> 前市で資格取得手続き必要の説明済
● 旧国証明/旧被扶養者証明添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
● 一時帰国説明 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
県内からの転入のみ
● 世帯の継続性確認 <input type="checkbox"/> 済