

国民健康保険  
 国民年金

関係届

(国保用) 郵送専用

神戸市(区)長 宛

届出日 令和 年 月 日

住所	神戸市 区
世帯主	
連絡先	(自宅) - - (携帯) - - ↓どなたの電話かチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 届出人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
個人番号	

届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同じ世帯の方 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 本人(年金のみ)	氏名	住所 (連絡先)
被保険者番号		届書の種類	<input type="checkbox"/> 新規取得 <input type="checkbox"/> 一部取得 <input type="checkbox"/> 全部喪失 <input type="checkbox"/> 一部喪失 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 主変更 <input type="checkbox"/> 所属変更 <input type="checkbox"/> 在留期限更新 <input type="checkbox"/> その他
本年1月1日住所	<input type="checkbox"/> 神戸市内	異動の理由	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 潜在 <input type="checkbox"/> 入国・出国 <input type="checkbox"/> 出生・死亡 <input type="checkbox"/> 世帯分離・合併 <input type="checkbox"/> 転入・転出・転居 <input type="checkbox"/> 障害認定・撤回 <input type="checkbox"/> その他
昨年1月1日住所	<input type="checkbox"/> 神戸市内	旧被扶養 該当 <input type="checkbox"/>	人員 + -
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 郵送(特別療養) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 窓口(-) <input type="checkbox"/> 窓口(特) <input type="checkbox"/> 擬制	旧証番号	旧世帯主 旧世帯 人員 -

資格情報について神戸市が他の保険者等に照会することに同意します。

No.	(フリガナ) 氏名 個人番号	生年月日 外国人区分	性別	続柄	職業	マイナ 保険証	国民健康保険			福祉 医療	社会保険等 (証明書等の添付がない場合に記載)	
							資格適用開始・終了年月日 (異動年月日)	保険証等 返却	高齢 受給者		資格取得・喪失年月日	本人・家族の別 保険者番号 保険者名
1		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男			有 ・ 無	令和・西暦 年 月 日	回収 ・ 封筒	該当 回収	こひ 障高 移	記号 番号 枝番	
			<input type="checkbox"/> 女								年 月 日 本人・家族	
2		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男			有 ・ 無	令和・西暦 年 月 日	回収 ・ 封筒	該当 回収	こひ 障高 移	記号 番号 枝番	
			<input type="checkbox"/> 女								年 月 日 本人・家族	
3		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男			有 ・ 無	令和・西暦 年 月 日	回収 ・ 封筒	該当 回収	こひ 障高 移	記号 番号 枝番	
			<input type="checkbox"/> 女								年 月 日 本人・家族	
4		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男			有 ・ 無	令和・西暦 年 月 日	回収 ・ 封筒	該当 回収	こひ 障高 移	記号 番号 枝番	
			<input type="checkbox"/> 女								年 月 日 本人・家族	

<input type="checkbox"/> 個人番号変更履歴あり (上記 1・2・3・4)	外国人氏名表記	<input type="checkbox"/> 本名 ( アルファベット ・ 漢字 ) <input type="checkbox"/> 通称名	受付印	個人番号確認 ( )	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 他 ( )	身元確認 ( )	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 他 ( )
※備考							

国民健康保険  
 国民年金

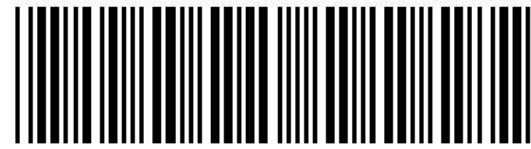
関係届

(年金用) 郵送専用

神戸市(区)長 宛

届出日 令和 年 月 日

住所	神戸市 区
世帯主 または 本人	
連絡先	(自宅) - - (携帯) - - ↓どなたの電話かチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 届出人 <input type="checkbox"/> その他 ( )



届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同じ世帯の方 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 本人(年金のみ)	氏名	住所
世帯主との関係		代理人のみ記入	(連絡先)
本年 1月1日 住所	<input type="checkbox"/> 神戸市内		
昨年 1月1日 住所	<input type="checkbox"/> 神戸市内		
国民年金 届出事項及び理由			
取得	0 学生	1 適用もれ	
	2 20歳到達	3 2号からの移行	
	4 外国からの転入	5 60歳以上任意	
	8 3号からの移行	9 その他	
喪失	① 2号該当	③ 喪失申出	
	④ 国外転出	⑧ 3号該当	
	⑨ その他		

No.	(フリガナ) 氏名 個人番号	生年月日 外国人区分	性別	続柄	国民年金 基礎年金番号			
					資格取得・喪失年月日		加入種別	届出事項
1		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 任意	
2		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 任意	
3		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 任意	
4		大・昭・平・令・西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 任意	

<input type="checkbox"/> 個人番号変更履歴あり (上記 1・2・3・4)	外国人氏名表記	<input type="checkbox"/> 本名(アルファベット・漢字) <input type="checkbox"/> 通称名	受付印	個人番号確認 ( )	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 他 ( )	身元確認 ( )	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 他( )
※備考							