

運転免許証確認 保険証確認 聞き取り

※ 下記の署名により、届出内容に変更があった場合について届け出ること同意します。

田川市長 殿

届出人	住所	田川市〇〇〇〇〇〇〇〇				自宅	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	氏名	田川 一郎	続柄	子	個人番号	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

太枠の中のみ記入して下さい。

届出日	平成	異動日	平成	国民健康保険異動事由	01:出生 02:転入 03:社保離脱 07:生保廃止 08:転居 09:世帯分離 10:世帯合併 11:世帯構成変更			
				全部 . 一部	取			

世帯主名	新	個人番号	<input type="checkbox"/> 同上	田川市	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	住所	田川市
	旧	個人番号	<input type="checkbox"/> 同上	田川市	<input type="checkbox"/> 同上	住所	田川市

記入例

※太枠の中のみ記入してください。

No.	フリガナ氏名	世帯主との続柄	性別	個人番号/生年月日		負担区分(割)
				個人番号	生年月日	
1	田川 一郎	子	男	昭和 平成	〇〇・〇・〇	1 2 3
2	田川 二郎	子	男	昭和 平成	〇〇・〇・〇	1 2 3
3			男	昭和 平成	. .	1 2 3
4			男	昭和 平成	. .	1 2 3
5			男	昭和 平成	. .	1 2 3
6			男	昭和 平成	. .	1 2 3

学・遠適用	証受領印	当日処理	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 離婚
学・遠	後日処理	<input type="checkbox"/> 後日差替 <input type="checkbox"/> 返還のお知らせ	
擬主	後日処理	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 交付	処理者名 平成
<input type="checkbox"/> 擬主 <input type="checkbox"/> 擬主(後期)	世帯主の被扶養者になれない理由		

点検確認	<input type="checkbox"/> 障害者医療	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金
	<input type="checkbox"/> ひとり親医療	<input type="checkbox"/> 高齢受給者	<input type="checkbox"/> 葬祭費
	<input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療	<input type="checkbox"/> 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 住所地特例
	<input type="checkbox"/> 子ども医療	<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	<input type="checkbox"/> マル学・マル遠

受付	入力
交付	点検

- 退職該当(適用外・説明)嘱託
- 出産育児一時金(適用外・申請・説明)
- (マル学・マル遠)(適用外・説明)
- 乳幼児(子ども)医療・重度障害者医療・ひとり親家庭等医療(適用外・説明)
- 国民健康保険税額事前確認済み(担当課確認)
- 葬祭費(申請・説明)
- 平成 年 月 日から負担区分変更():区分()→区分()
- 平成 年 月 日仮受付している為、同日保険給付開始
- [受診なし・受診あり・自己負担了承済・理由書あり]
- 平成 年 月 日保険給付開始[受診なし・受診あり・自己負担了承済・理由書あり]
- 給付制限なし[平成 年 月 日 仮受付している為・理由書認可により]