

国民健康保険・国民年金届（スペイン語版）
Seguro Nacional de Salud・Jubilación (Solicitud/Cancelación/Alteración)

豊田市長様		届出年月日 Fecha de solicitud		年 月 日	
住 所 Dirección Toyota-shi					
世帯主氏名 Nombre del Jefe de Familia					
世帯主個人番号 Número Personal del Jefe de Familia					
TEL () — 世帯主 Jefe de familia ・ その他 Otros ()					
氏名(窓口に来た人) Nombre del solicitante		□世帯主に同じ El mismo jefe de familia		Parentesco	
		続柄			
フリガナ		生年月日 Fecha de nacimiento		性 Sexo	
氏 名 Nombre		個人番号 Respectivo Número Personal		世帯主との続柄 Parentesco	
1				M・F	
2				M・F	
3				M・F	
4				M・F	
5				M・F	
本人確認：免・個・在・身・住・バ・新旧証・2点 () 委任状 (有・無) 医療費受給者証 (有・無) 送付先情報 (有・無)					
申告情報 (無 → (転入・簡申・市申) 有 → 対応不要) メッセージ確認 → □ 遅延理由 (多忙・知識不足・証明書発行遅れ・その他 ())					
受診 (有・無・不明) 未回収資格確認書 (期限切・紛失・後日郵送) 個人番号変更 (無・有)					
マイナ保険証 無:資格確認書交付 → □ マイナ保険証 有:資格情報のお知らせ交付 → □ 交付方法 (窓口・郵送)					
世帯主口座情報 無 → (□新規口座登録 □申請書渡し □登録せず) 有 → (□既存口座継続 □変更 窓口受付・申請書渡し □廃止 窓口受付・申請書渡し)					

◎ 注意
太枠の中に異動する人全員を記入してください。

国民健康保険 異動事由														国民年金 異動事由											
取得 (1)	転入	出生	転出取消	職権記載	職権回復	社保離脱	社保離脱	国組離脱	国組扶離	生保廃止	国保職回	新規登録	後期離脱	任登外設定	取得 (1)	01 学生加入	02 20歳到達	04 公年喪失	05 海外転入	喪失 (3)	01 公年加入	04 年齢到達	06 海外転出	21 在外任意	23 高齢任意
	喪失 (1)	転出	死亡	職権消除	社保加入	社保扶加	国組扶加	生保開始	国保職消	葬祭	出産	死産	後期加入	住登外解除		種変 (1)	配公喪	社保離	離婚		配死亡	配65歳			
国民健康保険記号番号														1 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再取得 2 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再取得 3 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再取得 4 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再取得 5 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再取得											
国民健康保険														国民年金											
得喪	証区	得喪年月日 (マイナ保険証)	旧証	異動前 種別	基礎年金番号				得 種変 喪 年 月 日	異動 事由	基礎年金番号 以外の記号番号														
得・喪	退・扶	・ 有・無	回収・未回	1 2 3 任	—				得 種変 喪 ・ 有・無																
得・喪	退・扶	・ 有・無	回収・未回	1 2 3 任	—				得 種変 喪 ・ 有・無																
得・喪	退・扶	・ 有・無	回収・未回	1 2 3 任	—				得 種変 喪 ・ 有・無																
得・喪	退・扶	・ 有・無	回収・未回	1 2 3 任	—				得 種変 喪 ・ 有・無																
得・喪	退・扶	・ 有・無	回収・未回	1 2 3 任	—				得 種変 喪 ・ 有・無																
受 付														添付書類		□申請免除 □学生特例 □法定免除		コピー							
年金														入力日		入力者		目 検							
保険														受 付		入 力		審 査		照 合					