|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※ 太線の枠内　　をご記入ください。** | | | | | | | | | | |  | | | | | | **電算入力** | | | | | | **被保険者証** |
|  | | | | | |  | | | | | |  |
| 国民健康保険資格取得届 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **包　　括** | | | |
|  | | | **一　　部** | | | |
| **被保険者証**  **記号番号** | | **久** | | | **資格取得年月日** | | | | | | **令和　　 年　　 月 　　日** | | | | | | | | | | | | |
| **加入区分** | | **新　　規　・　追　　加** | | | | **世帯主の被保険者**  **の資格の有無** | | | | | | | | | **有　　・　　無** | | | | | | | | |
| **被　保　険　者　氏　名** | | | **続柄** | **性別** | | **個人番号・生年月日** | | | | | | | | | | | | | | | | | **取得事由** |
| **ふりがな** |  | |  | **男　女** | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | **転入**  **※簡易申告書**  **社保離脱**  **※転入日確認**  **生保廃止**  **出生**  **後期離脱**  **その他**  **海外から転入** |
| **１** |  | | **生年月日** | **昭・平・令　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ふりがな** |  | |  | **男　女** | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| **２** |  | | **生年月日** | **昭・平・令　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ふりがな** |  | |  | **男　女** | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| **３** |  | | **生年月日** | **昭・平・令　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ふりがな** |  | |  | **男　女** | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| **４** |  | | **生年月日** | **昭・平・令　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ふりがな** |  | |  | **男　女** | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| **５** |  | | **生年月日** | **昭・平・令　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ふりがな** |  | |  | **男　女** | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |
| **６** |  | | **生年月日** | **昭・平・令　　年　　月　　日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **備考** | **簡易申告　有・無**  **転入日確認　有** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **上記のとおり届けます。**    **令和　　　年　　　月　　　日**    **世帯主　住所　京都府久世郡久御山町**  **氏名**  個人番号**｜**￤￤￤**｜**￤￤￤**｜**￤￤￤**｜**  **届出人　住所**  **氏名**  **（電話　　　　　　　　　　　　　　　）**  **（あて先）久御山町長** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**裏面もあります**

□　国民健康保険税の納税義務者について

　　　同一世帯の中に国保の加入者がいる場合、**世帯主が国保に加入しているか否かにかかわらず、国民健康保険税の納税義務者は世帯主となります。**ただし、加入者でない世帯主の所得は国民健康保険税の計算には含めません。（軽減判定を除く）

　　　そのため、**納税通知書は世帯主あてに送られます。**

□　国民健康保険税について

　　　国民健康保険税は、国保に加入した月の分から納めていただきます。届け出が遅れた場合でも、遡って納税の義務が発生します。

□　国民健康保険税の算定について

　　　国民健康保険税の算定には、**前年中の所得が用いられます。**

例）　令和６年４月～令和７年３月の国民健康保険税

　　　　　　　→令和５年１月～令和５年12月末までの所得を算定に用いる。

　　　所得が未申告の国保加入者がいる場合は、国民健康保険税が正しい額となりませんので、所得の申告をお願いします。

□　国民健康保険の医療費の自己負担割合等について

世帯に、新しく国保加入者が増えた場合、翌月からの医療機関等での自己負担

の割合（２割または３割）や１ヶ月の自己負担限度額（個人・世帯）が変更とな

る場合があります。それにより、医療費の返還等が生じる場合がありますのでご

了承ください。

上記のことについて了承のうえ、国民健康保険に加入します。

　　　年　　月　　日

**氏名**