

# 国民健康保険異動届

(宛先) 鈴鹿市長 次のとおり届出します。

取得  喪失

太枠の中を「記入ください」

届出日	届出人住所	届出人氏名	個人番号	本人確認書類	被保険者証記号番号			
令和 年 月 日	世帯主住所 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ	世帯主との関係( ) 世帯主氏名 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ	電話番号 ( ) - ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証	受付	<input type="checkbox"/> ( ) 地区C <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 保険年金課	委任状 <input type="checkbox"/> 有	
			電話番号 ( ) - ( )	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード				
				<input type="checkbox"/> 在留カード				
				<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( )				

## 異動する方の氏名(異動する方全員)

## (事務処理欄)

氏名	個人番号	性別	証区分	本資	短学遠	交付	未済	済
① 氏名		男・女		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	続柄	職業(取得のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 氏名		男・女		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	続柄	職業(取得のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 氏名		男・女		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	続柄	職業(取得のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 氏名		男・女		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	続柄	職業(取得のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 氏名		男・女		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	続柄	職業(取得のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 氏名		男・女		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	続柄	職業(取得のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

取得事由	喪失事由
<input type="checkbox"/> 社保, 国組喪失	<input type="checkbox"/> 社保加入 ※扶養含
<input type="checkbox"/> 扶養喪失	<input type="checkbox"/> 国組加入 ※扶養含
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 職権	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 職権
<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 生保開始
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )

事由発生日	年 月 日
国保異動日	年 月 日

取得	社保・国組喪失 一事由発生日(退職日の翌日)
喪失	扶養喪失・転入・職権・生保廃止 一事由発生日
異動日	社保加入(扶養含)・死亡 一事由発生日の翌日
	国組加入(扶養含)・転出・生保開始・職権 一事由発生日

得喪日確認	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金機構
<input type="checkbox"/> 証明書等	(取得喪失証明書, 離職票, 退職証明書等) <input type="checkbox"/> 情報連携
<input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 事業所確認: 電話	

名称  
担当

確認事項	他保険加入(任継・社保扶養)・離職理由
------	---------------------

旧被扶養者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------	---

口座登録	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 無
------	--

案内事項	しおり・ジェネリック・納期一覧・チラシ 脱退手続・喪失後受診
------	-----------------------------------

保料案内	(取得)	世帯主賦課・通知時期・納期・支払
	(喪失)	更正通知・納付・還付・口振督促行違

精算	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
----	---

連絡箋	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-----	---

回送	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 福医 <input type="checkbox"/> 無
----	--

連絡事項
------

受付	入力	確認
----	----	----