

国民健康保険を脱退するための異動届の記入例

国民健康保険異動届

(宛先) 鈴鹿市長 次のおとりに届出します。

太枠の中をご記入ください。

届出日	届出人住所	届出人氏名	個人番号
令和○年 ○月○日	神戸一丁目18番18号	国保 太郎 世帯主との関係(本人)	1234 5678 9012
	世帯主住所	世帯主氏名	電話番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	(059) 382 -7605
			個人番号
			電話番号
			() -

国民健康保険を脱退する場合には、国民健康保険異動届をご提出いただく必要があります。以下の2点の通りに、もれなくご記入ください。

- ①世帯主様の
- ・住所
 - ・氏名
 - ・個人番号
 - ・電話番号
 - ・届出日(提出日)
- をご記入ください。

異動する方の氏名(異動する方全員)

①	氏名	国保 太郎	個人番号	1234 5678 9012
	生年月日	昭・平・令・西暦 50 年 5 月 5 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
			続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主
②	氏名	国保 花子	個人番号	2345 6789 0123
	生年月日	昭・平・令・西暦 60 年 6 月 6 日	性別	男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
			続柄	妻
③	氏名	国保 一郎	個人番号	3456 7890 1234
	生年月日	昭・平・令・西暦 20 年 2 月 2 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
			続柄	子
④	氏名		個人番号	
	生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	性別	男 ・ 女
			続柄	
⑤	氏名		個人番号	
	生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	性別	男 ・ 女
			続柄	
⑥	氏名		個人番号	
	生年月日	昭・平・令・西暦 年 月 日	性別	男 ・ 女
			続柄	

(事務処理欄)

証	区分	<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 短	交付	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 郵送
		<input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 学遠	()	()	()
職業取得		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/> 未済	<input type="checkbox"/> 済
					()	()
証	区分	<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 短	交付	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 郵送
		<input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 学遠	()	<input type="checkbox"/> 同上	()
職業取得のみ		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/> 未済	<input type="checkbox"/> 済
					()	()
証	区分	<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 短	交付	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 郵送
		<input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 学遠	()	<input type="checkbox"/> 同上	()
職業取得のみ		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/> 未済	<input type="checkbox"/> 済
					()	()
証	区分	<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 短	交付	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 郵送
		<input type="checkbox"/> 資	<input type="checkbox"/> 学遠	()	<input type="checkbox"/> 同上	()
職業取得のみ		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	回収	<input type="checkbox"/> 未済	<input type="checkbox"/> 済
					()	()

- ②国民健康保険を脱退される方の
- ・氏名
 - ・生年月日
 - ・個人番号
 - ・性別
 - ・世帯主との続柄
- をご記入ください。

- ・新しい保険証のコピー
 - ・国民健康保険被保険者証の原本
- を添えて、ご提出、ご郵送ください。
※脱退される方の全員分が必要です。

連絡事項

受付	入力

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許	<input type="checkbox"/> マイナンバー	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> その他

取得事由	<input type="checkbox"/> 社保, 国組喪失	<input type="checkbox"/> 扶養喪失	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 職権	<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> ()
事由発生日						

	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 担当
--	----------------------------	-----------------------------

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