

国民健康保険に加入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 |
| 令和〇年 〇月〇日 | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ | 世帯主氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ | 電話番号 (059) 382 - 7605 |
| | | | 個人番号 |
| | | | 電話番号 () - |

国民健康保険に加入する場合には、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国民健康保険に加入される方の
- ・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。

・健康保険資格喪失証明書等を添えて、ご提出ください。

| |
|------|
| 連絡事項 |
| |

| | | |
|----|----|----|
| 受付 | 入力 | 確認 |
| | | |

| | | |
|-----|--|-------------------|
| 案内 | (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 | |

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許 | 受付 | <input type="checkbox"/> 郵送 |
| <input type="checkbox"/> マイナンバー | <input type="checkbox"/> 在留カード | <input type="checkbox"/> 委任状 | <input type="checkbox"/> 保険年金課 |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | |