

# 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	<b>神戸一丁目18番18号</b>	<b>国保 太郎</b> 世帯主との関係( <b>本人</b> )	<b>1234 5678 9012</b>
	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 ( <b>059</b> ) <b>382</b> - <b>7605</b>
			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	<b>国保 太郎</b>	個人番号	<b>1234 5678 9012</b>
	生年月日	<b>昭</b> ・平・令・西暦 <b>50</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日	性別	<b>男</b> ・女
			続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主
②	氏名	<b>国保 花子</b>	個人番号	<b>2345 6789 0123</b>
	生年月日	<b>昭</b> ・平・令・西暦 <b>60</b> 年 <b>6</b> 月 <b>6</b> 日	性別	男・ <b>女</b>
			続柄	<b>妻</b>
③	氏名	<b>国保 一郎</b>	個人番号	<b>3456 7890 1234</b>
	生年月日	<b>昭</b> ・平・令・西暦 <b>20</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日	性別	<b>男</b> ・女
			続柄	<b>子</b>
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		<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		<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		<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		<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

回送  年金  福医  無