

# 国民健康保険・国民年金異動届

(宛先) 鈴鹿市長 次のおり届出します。

ご記入ください

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 )	123456789012 電話番号 (059) 382 — 7605	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 個人番号 カード <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )	記入例 区分 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 他国保 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> 被扶養者 受付 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 地区C <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 保険年金課

## ①異動する方の氏名(異動する方全員)

氏名・生年月日	性別	続柄	個人番号	証回収	基礎年金番号
氏名 国保 太郎	男	本人	123456789012	済	
生年月日 昭・平・令 60年 1月 1日	女			( / ) ・未	
氏名	男・女			済	
生年月日 昭・平・令 年 月 日				( / ) ・未	
氏名	男・女			済	
生年月日 昭・平・令 年 月 日				( / ) ・未	
氏名	男・女			済	
生年月日 昭・平・令 年 月 日				( / ) ・未	
氏名	男・女			済	
生年月日 昭・平・令 年 月 日				( / ) ・未	

## ②国保・国年取得

退職日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日
扶養喪失日	年 月 日
被保険者氏名	

## ③国保・国年喪失

資格取得日	年 月 日
扶養認定日	年 月 日
被保険者氏名	

※国保取得日  
出生・転入・生保廃止 — 発生日  
社保・国保組合喪失 — 資格喪失日(退職日の翌日)  
扶養喪失 — 資格喪失日  
※国保喪失日  
死亡・社保加入(扶養含む) — 発生日の翌日  
転出・国保組合加入(扶養含む)・生保開始 — 発生日

## ④その他の事由

喪失事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 任意加入 <input type="checkbox"/> 付加加入
	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 任意喪失 <input type="checkbox"/> 付加脱退

## (得喪日確認)

<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 情報連携	名称
<input type="checkbox"/> 年金機構等	<input type="checkbox"/> 事業所確認	電話番号
<input type="checkbox"/> 証明書等		担当者名
<input type="checkbox"/> その他( )		

異動者をご確認のうえ、必要に応じて追加(社会保険で被扶養者として認定されている場合)してください。

## (事務処理欄)

国保手続	異動日	交付	旧被扶	口座	精算	連絡箋	連絡事項	受付	入力	確認
<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 喪失	年 月 日	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所・氏名の記入をしていただき 健康保険資格喪失証明書等を添付しご提出ください。			