

国民健康保険異動届出書

東京都北区長殿

届出日	年 月 日	▼申請者(窓口にいらした方)のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。	
届出人 <small>(窓口に来られた方)</small>	住所	電話番号 ()	
	氏名	1. 世帯主本人 2. 世帯員 3. 代理人(別世帯の方は委任状が必要です)	

▼お届けの内容に○をしてください。

届出理由	1. 加入	2. 脱退	3. 資格変更(世帯合併・分離等)	4. その他
------	-------	-------	-------------------	--------

▼世帯主名等を記入してください。

世帯主名	(<input type="checkbox"/> 届出人と同じ)	住所	電話番号 ()
個人番号			

▼今回、加入・脱退・資格変更がある方全員の氏名等を記入してください。

氏名及び個人番号	生年月日	続柄	性別	職業	マイナンバーカードの 健康保険証利用登録の有無
フリガナ (<input type="checkbox"/> 届出人と同じ)	昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					
フリガナ	昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					
フリガナ	昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					
フリガナ	昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					
承諾確認欄	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格及び保険料が3ヶ月以上遡ることを承諾します(最長2年)				
保険料の口座振替	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない (加入する方のみご記入ください)				

本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート	交付方法	窓口
	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()		郵送
備考	高齢受給者(70歳以上)割合確認		
	2割	3割	

記号番号					
------	--	--	--	--	--

≪職員記入欄≫

添付書類	有	無
社会保険資格喪失日		
<input type="checkbox"/> 資格喪失日 <input type="checkbox"/> 退職日	年 月 日	
以前の勤務先 の名称		
連絡先	(月 日 様に確認)	
社会保険資格取得日		
資格取得日	年 月 日	
保険者名		
記号番号		
被保険者氏名		
国民健康保険		
資格取得年月日	資格喪失年月日	資格異動年月日
年 月 日	年 月 日	年 月 日
資格取得事由	資格喪失事由	資格異動事由
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他取得	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 職権消除 <input type="checkbox"/> 若年後期加入 <input type="checkbox"/> その他喪失	<input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯主変更

別紙で確認

受付	入力	照会			