国民健康保険異動届出書

記号番号						

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（窓口に来られた方）			
	住所	北区王子本町 1-15-22　ヤークショキタク 701　電話番号 03（3908）1131	
	氏名	国保　太郎	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）

▼お届けの内容に〇をしてください。

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	（☑ 届出人と同じ）	住所	
個人番号			電話番号　（　）

▼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 （☐ 届出人と同じ） 個人番号	①昭　平　令　西暦 45 年 5 月 5 日	本人	男	無職	☐有（資格情報通知書） ☐無（資格確認書）
フリガナ コクホ　ハナコ 国保　花子 個人番号	①昭　平　令　西暦 48 年 8 月 2 日	妻	女	パート	☐有（資格情報通知書） ☐無（資格確認書）
フリガナ コクホ　イチロウ 国保　一郎 個人番号	昭　平　令　①西暦 2013 年 9 月 8 日	子	男	学生	☐有（資格情報通知書） ☐無（資格確認書）
フリガナ 個人番号	昭　平　令　西暦 年　月　日				☐有（資格情報通知書） ☐無（資格確認書）

承諾確認欄	☐　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	☐　する　☐　しない　（加入する方のみご記入ください）

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

≪職員記入欄≫

添付書類	有　無
社会保険資格喪失日	
☐資格喪失日 ☐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
☐転入 ☐社保離脱 ☐組合離脱 ☐生保廃止 ☐出生 ☐その他取得	☐転出 ☐社保加入 ☐組合離脱 ☐生保開始 ☐死亡 ☐職権消除 ☐若年後期加入 ☐その他喪失	☐世帯合併 ☐世帯分離 ☐世帯主変更

☐別紙で確認

受付	入力	照会			