

国民健康保険異動届出書

(あて先) 牧之原市長

年 月 日

窓口にお越しの方		世帯主	<input type="checkbox"/> 来庁者と同じ				
		個人番号					
住所	牧之原市		電話番号				
	〒 〇 〇 〇 〇 〇 〇						

	氏 名	生年月日 個人番号	世帯主との 続柄	職業 (取得のみ)	マイナンバーカードの 健康保険証利用登録 (取得のみ)
1	フリガナ <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 来庁者	昭・平・令	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 学生その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	フリガナ <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 来庁者	昭・平・令		<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 学生その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	フリガナ	昭・平・令		<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 学生その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	フリガナ	昭・平・令		<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 学生その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5	フリガナ	昭・平・令		<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 学生その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りま。

<異動事由>

取 得 (適用開始)	喪 失 (適用終了)
<input type="checkbox"/> 転入 <small>転入前住所 特定同一世帯者</small> <small>別添 住民異動届 のとおり 有・無</small>	<small>国保保険証の利用</small> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生活保護 <small>廃止又は停止</small> <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 転出 <small>転出先住所</small> <small>別添 住民異動届 のとおり</small> <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 社会保険離脱 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱	<input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 資格喪失日 平成	<input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 国保組合加入
<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 資格取得日 令和

<勤務先健康保険証明なし異動時に記入>

勤務先名	TEL	被保険者 記号 番号	
保険者名	保険者番号	記号	番号

変 更	<input type="checkbox"/> 転居 <small>転居前及び転居後の住所</small> <small>別添 住民異動届 のとおり</small>	<input type="checkbox"/> 世帯主変更 <small>変更前世帯主の氏名</small> <small>別添 住民異動届 のとおり</small>	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <small>変更前の氏名</small> <small>別添 住民異動届 のとおり</small>
-----	---	--	--

市処理欄	身分確認	番号確認	代理権	口座の登録	窓口確認者	国保確認者	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基	<input type="checkbox"/> 同一世帯又は本人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> あり(案内の内容を記入) <small>(口座名義人等:)</small>	<input type="checkbox"/> なし		

- 証明あり...異動処理へ
 証明なし → 情報連携○...情報連携
 → 情報連携×...証明持参依頼(国保喪失は場合により処理可)

備考

情報連携欄	連携日	確認者	結果	一覧入力
	R . . .		<input type="checkbox"/> 正常終了 <input type="checkbox"/> エラー <small>(保管し、後日の異動届と合わせる)</small>	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未