

# 国民健康保険異動届出書

(あて先) 牧之原市長

年 月 日

|     |        |      |                                 |  |  |  |  |
|-----|--------|------|---------------------------------|--|--|--|--|
| 届出人 |        | 世帯主  | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ |  |  |  |  |
|     |        | 個人番号 |                                 |  |  |  |  |
| 住所  | 牧之原市   |      | 電話番号                            |  |  |  |  |
|     | 〒 〇〇〇〇 |      |                                 |  |  |  |  |

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

|   |  |
|---|--|
| <b>取得 (適用開始)</b>  | <b>喪失 (適用終了)</b>   |
| <input type="checkbox"/> 転入<br><small>転入前住所 特定同一世帯者</small><br>別添 住民異動届 のとおり 有・無                  | <input type="checkbox"/> 死亡<br><small>転出先住所</small><br>別添 住民異動届 のとおり                           |
| <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生活保護 廃止又は停止 <input type="checkbox"/> その他 ( ) | <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"/> 社会保険離脱    資格喪失日 平成 . . . . .   | <input type="checkbox"/> 社会保険加入    資格取得日 令和 . . . . .  |
| <input type="checkbox"/> 国保組合離脱    平成 . . . . .   | <input type="checkbox"/> 国保組合加入    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<br>更 | <input type="checkbox"/> 転居<br><small>転居前及び転居後の住所</small><br>別添 住民異動届 のとおり | <input type="checkbox"/> 世帯主変更<br><small>変更前世帯主の氏名</small><br>別添 住民異動届 のとおり | <input type="checkbox"/> 氏名変更<br><small>変更前の氏名</small><br>別添 住民異動届 のとおり |
|--------|--|---|---|

| 市<br>処<br>理<br>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<br><input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住基 | <input type="checkbox"/> 同一世帯又は本人<br><input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> あり(案内の内容を記入)<br>( 口座名義人等: ) <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<br>報<br>連<br>携<br>欄 | 連携日     | 確認者 | 結果   | 一覧入力   |
|-----------------------|---------|-----|--|--|
|                       | R . . . |     | <input type="checkbox"/> 正常終了<br><input type="checkbox"/> エラー<br>(保管し、後日の異動届と合わせる) | <input type="checkbox"/> 済<br><input type="checkbox"/> 未 |

# 承 諾 書

年 月 日

牧之原市長

国民健康保険加入に係る一切の事項について承諾します。

(自署でない場合は押印してください)

申請者 (世帯主) 住所 牧之原市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※郵送していただくもの

- ①この承諾書および国民健康保険異動届出書
- ②健康保険脱退連絡票の原本
- ③届出人の本人確認書類 (マイナンバーカードの表面や運転免許証等) のコピー

以上を下記の送付先に郵送してください。

送付・問い合わせ先

〒421-0495

牧之原市静波 447 番地 1

牧之原市役所国保年金課国保年金係

TEL : 0548-23-0023 FAX : 0548-23-0079

E-mail : kokuho@city.makinohara.lg.jp