

国民健康保険被保険者 資格異動届 (適用)

住所・世帯主名・世帯主の個人番号(マイナンバー)・届出者氏名・電話番号などをご記入ください。

記入例

被

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 住所 | 上尾市 本町三丁目1-1 | | | | | | | | | | |
| 前住所地または転出先の住所地 | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 国保 太郎 | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 0 |
| 窓口に来られた方 | 同上 国保 花子 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 048 - 775 - 5136 | | | | | | | | | | |
| (自宅・世帯主・窓口に来られた方) | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----|----|---|---|---|----|
| 届出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 入力 |
| | | | | | / |

| 旧 | 新 |
|----|----|
| 回 | 回 |
| 未 | 未 |
| 期限 | 期限 |
| 回 | 回 |
| 未 | 未 |
| 期限 | 期限 |
| 回 | 回 |
| 未 | 未 |
| 期限 | 期限 |
| 回 | 回 |
| 未 | 未 |
| 期限 | 期限 |
| 回 | 回 |
| 未 | 未 |
| 期限 | 期限 |

| フリガナ加入者氏名 | 生年月日 | 性別 | 個人番号(12桁) | 前住国保 | 異動年月日(適用異動年月日) |
|------------|-------------|-----|--------------|------|----------------|
| 1 国保 太郎 | 昭平令 63.2.28 | 男 | 123456789000 | | 年 月 日 |
| 2 国保 花子 | 昭平令 3.5.21 | 女 | 987654321000 | | 年 月 日 |
| 3 | 昭平令 . . | 男・女 | | | 年 月 日 |
| 4 | 昭平令 . . | 男・女 | | | 年 月 日 |
| 5 | 昭平令 . . | 男・女 | | | 年 月 日 |

| | | | |
|-------|----|------|-------------|
| 世帯の種類 | 普通 | 対象確認 | 特定同一世帯 |
| | 擬制 | | 特定活動(指示書要) |
| | | | 個人番号変更(/) |

| | |
|----|------|
| 世帯 | 新世帯主 |
|----|------|

お手続きが必要な方の氏名・生年月日・個人番号(マイナンバー)・続柄・職業をご記入ください。

| | | |
|------|------------------|------------------------------------|
| 得喪区分 | 1 全部取得 2 一部取得 | 転入 出生 社保離脱 職権回復 組合離脱 後期離脱 生保廃止 その他 |
| | 3 全部喪失 4 一部喪失 | 転出 死亡 社保加入 職権消除 組合加入 後期障害 生保開始 その他 |
| | 5 変更 | 世帯合併 氏名変更 世帯分離 世帯主変更 世帯変更 住所変更 その他 |

| | | |
|------|--|--|
| 発行物 | <input type="checkbox"/> 保険証(短期証) <input type="checkbox"/> 兼高齢証(1・2・3割) | <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 未交付 |
| 試算結果 | (円) 30/100の場合(円) <input type="checkbox"/> 擬制世帯主説明済 | |

| | | | | | | | | |
|---------------------|--|---|------|---------|--------|------|--|------|
| 年1月1日の住所 上尾市内・市外 | 喪失日以降の国保受診確認 喪失日いずれか☑して、有・無に☑ | 出産一時金・葬祭費受付 | 賦課更新 | | 入力確認 | 確認事項 | 入力者 | 受付場所 |
| | <input type="checkbox"/> 前々月～当日…口頭確認 ※異動をまたぐ入院含む | <input type="checkbox"/> 受診有(説明済) <input type="checkbox"/> 受診無 | 出産 | 新主 | 旧主 | 還付 | <input type="checkbox"/> 30/100 <input type="checkbox"/> 任意継続しない <input type="checkbox"/> 口座有・取り消し <input type="checkbox"/> 未申告 | |
| 年1月1日の住所 上尾市内・市外 | <input type="checkbox"/> 前々月以前…レセ確認 ※前々月以降分も口頭確認要 | <input type="checkbox"/> レセ有(給付へ) <input type="checkbox"/> レセ無 | 葬祭 | O/L・B/T | 窓渡し・郵送 | 有・無 | | |

※証未回収の場合には返却、用封筒は使えないことを伝えてください。