

国民健康保険異動届出書

(届出先)  
いちき串木野市長 殿

届出日 令和 年 月 日

|     |                                              |                                     |       |          |
|-----|----------------------------------------------|-------------------------------------|-------|----------|
| 届出者 | 氏名                                           | 電話番号                                | い串国保  |          |
|     | 住所                                           |                                     | 異動年月日 | 令和 年 月 日 |
| 世帯主 | 氏名 <input type="checkbox"/> 上記と同じ            | 電話番号 <input type="checkbox"/> 上記と同じ | 受付印   |          |
|     | 住所 <input type="checkbox"/> 上記と同じ<br>いちき串木野市 |                                     |       |          |

| 番号 | 氏 名  | 生 年 月 日   | 性別  | 世帯主との続柄                                                                                                                   | マイナ保険証         | 枝 番 | 交付状況               |
|----|------|-----------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|--------------------|
| 1  | フリガナ | 昭平令 年 月 日 | 男・女 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他 | あり             |     | 資格情報のお知らせ<br>窓・郵 / |
|    | なし   |           |     |                                                                                                                           | 資格確認書<br>窓・郵 / |     |                    |
|    | 個人番号 |           |     |                                                                                                                           |                |     |                    |
| 2  | フリガナ | 昭平令 年 月 日 | 男・女 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他 | あり             |     | 資格情報のお知らせ<br>窓・郵 / |
|    | なし   |           |     |                                                                                                                           | 資格確認書<br>窓・郵 / |     |                    |
|    | 個人番号 |           |     |                                                                                                                           |                |     |                    |
| 3  | フリガナ | 昭平令 年 月 日 | 男・女 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他 | あり             |     | 資格情報のお知らせ<br>窓・郵 / |
|    | なし   |           |     |                                                                                                                           | 資格確認書<br>窓・郵 / |     |                    |
|    | 個人番号 |           |     |                                                                                                                           |                |     |                    |
| 4  | フリガナ | 昭平令 年 月 日 | 男・女 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他 | あり             |     | 資格情報のお知らせ<br>窓・郵 / |
|    | なし   |           |     |                                                                                                                           | 資格確認書<br>窓・郵 / |     |                    |
|    | 個人番号 |           |     |                                                                                                                           |                |     |                    |
| 5  | フリガナ | 昭平令 年 月 日 | 男・女 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他 | あり             |     | 資格情報のお知らせ<br>窓・郵 / |
|    | なし   |           |     |                                                                                                                           | 資格確認書<br>窓・郵 / |     |                    |
|    | 個人番号 |           |     |                                                                                                                           |                |     |                    |
| 6  | フリガナ | 昭平令 年 月 日 | 男・女 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他 | あり             |     | 資格情報のお知らせ<br>窓・郵 / |
|    | なし   |           |     |                                                                                                                           | 資格確認書<br>窓・郵 / |     |                    |
|    | 個人番号 |           |     |                                                                                                                           |                |     |                    |

|                     |       |
|---------------------|-------|
| 資格喪失後の病院受診          | あり・なし |
| 資格喪失後健康診断受診(がん検診含む) | あり・なし |

|    |      |     |      |
|----|------|-----|------|
| 新規 | 社保離脱 | 全喪  | 社保加入 |
| 追加 | 社保廃止 | 一部喪 | 社保開始 |

|                          |                                                                                                  |          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 資格確認書 _____ 枚受領しました。     |                                                                                                  | 令和 年 月 日 |
| 資格情報のお知らせ _____ 枚受領しました。 |                                                                                                  |          |
| 氏名                       |                                                                                                  |          |
| 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 |          |
|                          | <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他( )   |          |

| 税務課 | 確認 | 受付 |
|-----|----|----|
|     |    |    |

| 該 当   | 案 内                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------|
| なし・あり | <input type="checkbox"/> 税務課へ案内                       |
| なし・あり | <input type="checkbox"/> 市民生活課へ案内(60歳未満の被保険者がいる場合)※取得 |
| なし・あり | <input type="checkbox"/> 子どもみらい課へ案内(18歳未満の子がいる場合)     |

太枠の中をはっきりと、記入してください。  
※異動する方全員を記入してください。