

届出年月日
年月日

国民健康保険被保険者異動届
Application for (joining for / withdrawal from) the National Health Insurance Scheme

千代田区長あて
To the Mayor of Chiyoda

受付窓口課: 鶴町: 富士見: 神保町
(/) 神田公園: 万世橋: 和泉橋: 国保係(元・窓)
国保受理日

現住所(Present Home Address)

※世帯主以外の方はご記入ください。

□世帯主と同じ場合はレ点を付けてください

住所

世帯主の氏名(Name of the head of household)

個人番号(Individual Number)

電話(Telephone number)

※届出人

1. 世帯主

2. 世帯主以外

氏名

電話

世帯主との続柄()

取得または喪失する人
(Person who will acquire or loose National Health Insurance)

続柄
(Relationship)

職業
(Occupation)

マイナンバーカード(※)の
健康保険証利用登録の有無
(資格喪失時は□不要)
(Status of registration for use
of health insurance card with
Individual Number Card)

国籍
(Nationality)

在留資格(Status)

在留期間(Period of stay)

異動事由

1 取得

1 転入(前有)

2 転入(前無)

3 入国

4 出生

5 社保離脱

6 国組離脱

7 生保廃止

8 職権回復

9 その他

0 喪失取消

2 喪失

1 転出

2 出国

3 死亡

4 社保加入

5 国組加入

6 生保適用

7 その他

3 修正

1 取得日訂正(日付)

2 喪失日訂正(日付)

3 取得事由訂正

4 喪失事由訂正

1 フリガナ			個人番号 (Individual Number)		01. 自営・自由業(個人) 02. 会社員 03. アルバイト・契約社員 04. 学生 05. 無職 06. その他()	□ 有(Already registered) □ 無(Unregistered)	外国人のみ記入	外国人のみ記入 ~	在留資格(Status)	在留期間(Period of stay)	異動事由	
			氏名 (Name)	年(Year)							月(Month)	日(Day)
2 フリガナ			個人番号 (Individual Number)		01. 自営・自由業(個人) 02. 会社員 03. アルバイト・契約社員 04. 学生 05. 無職 06. その他()	□ 有(Already registered) □ 無(Unregistered)	外国人のみ記入	外国人のみ記入 ~	在留資格(Status)	在留期間(Period of stay)	異動事由	
			氏名 (Name)	年(Year)							月(Month)	日(Day)
3 フリガナ			個人番号 (Individual Number)		01. 自営・自由業(個人) 02. 会社員 03. アルバイト・契約社員 04. 学生 05. 無職 06. その他()	□ 有(Already registered) □ 無(Unregistered)	外国人のみ記入	外国人のみ記入 ~	在留資格(Status)	在留期間(Period of stay)	異動事由	
			氏名 (Name)	年(Year)							月(Month)	日(Day)
4 フリガナ			個人番号 (Individual Number)		01. 自営・自由業(個人) 02. 会社員 03. アルバイト・契約社員 04. 学生 05. 無職 06. その他()	□ 有(Already registered) □ 無(Unregistered)	外国人のみ記入	外国人のみ記入 ~	在留資格(Status)	在留期間(Period of stay)	異動事由	
			氏名 (Name)	年(Year)							月(Month)	日(Day)
本年1月1日の住所 (Address as of Jan.1 of this year)		1 千代田区(Chiyoda-ku) 2 転入前の住所(Before Address) 3 その他(Others) []										
昨年1月1日の住所 (Address as of Jan.1 of previous year)		1 千代田区(Chiyoda-ku) 2 転入前の住所(Before Address) 3 その他(Others) []										
誓約書 <世帯主氏名> 年 月 日以来、より、無保険でした。 遡り加入しますが、遡る分も含めて全ての保険料を支払うことを約束します。												
受付者名	受付日	年 月 日	資格得喪年月日	年 月 日	記号番号	—						

★太線の中だけご記入ください。

※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す。