

国民健康保険異動届

- 個人番号を利用した情報連携申請書
 個人番号変更届出書

※太枠内にご記入ください。

記号番号	新	
	旧	

届出年月日	令和 年 月 日
異動年月日	平成 令和 年 月 日

国民健康保険異動事由						
I 取得						
01	02	03	04	05	06	07
出 生	転 入	社 保 離 脱	生 保 废 止	そ の 他	組 合 離 脱	後 期 離 脱
2喪失						
08	09	10	11	13	14	16
死 亡	転 出	社 保 加 入	生 保 開 始	そ の 他	組 合 加 入	後 期 加 入

届出人	届出人氏名	代理人住所
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人		電話 ()
本人住所		世帯主
高崎市 町		フリガナ 氏名
電話 ()		個人番号

※該当する方全員を下欄にご記入ください。

順位	氏名	生年月日	個人番号※I	性別	世帯主との統柄	マイナ保険証	職業	得喪年月日								
								有無	平・令	得喪	有無	平・令	得喪	有無	平・令	得喪
1		昭・平・令		男・女	有・無			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪		得・喪	
2		昭・平・令		男・女	有・無			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪		得・喪	
3		昭・平・令		男・女	有・無			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪		得・喪	
4		昭・平・令		男・女	有・無			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪		得・喪	
5		昭・平・令		男・女	有・無			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪		得・喪	
情報連携	国保取得・喪失	記入欄							情報連携結果				健保確認欄			
	I 保険者名	健康保険組合							<input type="checkbox"/> 情報連携結果一致				保険者名			
	II 取得年月日	喪失年月日							<input type="checkbox"/> 情報連携結果不一致				記号番号			

II. 取得年月日・喪失年月日は、社会保険被保険者の取得・喪失年月日が異なる場合はそれぞれご記入ください。

※I. 個人番号変更届出は、変更前の個人番号及び変更後の個人番号をそれぞれご記入ください。

備考		〔来庁者〕	〔代理権〕	〔個人番号確認〕	〔案内〕	〔交付物処理〕	窓口	
	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 過年度課税	<input type="checkbox"/> 交付(窓・郵)			
	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 摘主	<input type="checkbox"/> 回収			
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 在留カード	(個人番号記載あり)	<input type="checkbox"/> 口座()	<input type="checkbox"/> 未回収(案内済)			
	<input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 所得	<input type="checkbox"/> 有効期限変更			
		<input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> 税変()				
				<input type="checkbox"/> 福祉				
				<input type="checkbox"/> 年金				
					確認			