

世田谷区長 あて

国民健康保険異動届

世帯の記号番号					
12					

届出年月日	年	月	日	異動年月日	年	月	日			
届出人	氏 名	(フリガナ)			世帯主との続柄					
					又は関係					
	住 所	電話番号 ()								

お届けの内容に○をしてください。

1 加入	2 脱退	3 資格変更	4 その他 ()
------	------	--------	-----------

世帯主氏名等を記入してください。

世帯主 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ	住所	(届出人と同じ住所のときは、記入不要です。)			
氏名		世田谷区	丁目	番	号
個人番号		電話番号 ()			

加入・脱退・変更等のある方の氏名等を記入してください。

	氏名及び個人番号	続柄	生年月日	年齢	性別	職業
1	(フリガナ)		昭・平・令			
	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ		年 月 日			
	個人番号		マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録 有・無			
2	(フリガナ)		昭・平・令			
			年 月 日			
	個人番号		マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録 有・無			
3	(フリガナ)		昭・平・令			
			年 月 日			
	個人番号		マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録 有・無			
4	(フリガナ)		昭・平・令			
			年 月 日			
	個人番号		マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録 有・無			
5	(フリガナ)		昭・平・令			
			年 月 日			
	個人番号		マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録 有・無			

保険料の口座振替	1 する 2 しない	※マイナナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)
----------	------------	--------------------------------------

(職員記入欄)

が有効であるものに限ります。

適用開始		適用終了		本人確認	免	番号カ	パス	個人番号	番	通	S	交付したもの	
社保離脱 国組離脱		社保加入 国組加入			在留 特永				番 担当	資格情報の	資格		
生保廃止 出 生		生保開始 死 亡								1	お知らせ	確認書	
転入(特別区・国内・国外)		転出(特別区・国内・国外)								2	お知らせ	確認書	
国籍取得 その他取得		国籍喪失 その他喪失		他健康保険確認欄	保険者名				3	お知らせ	確認書		
()		()			記号番号	資格取得年月日		交付方法					
資格変更等		世帯変更			事業所名	年 月 日		窓口	郵 送				
個別情報入力 異動日訂正		世帯(合併・分離)			担当者	退職年月日			特・普				
職権回復()		転居()		電話	年 月 日		受付	入力					
個人宛名異動		通知書再発行											
住民記録等確認		記事											
保険料説明													
納付状況確認													
乳・子(変更)案内													
旧被扶養者申請書													
				確認		所・係名							

第3号様式（第30条関係）

世田谷区長 あて

国民健康保険異動届

世帯の記号番号			
12			

届出年月日	●●年●●月●●日	異動年月日	年 月 日		
届出人	氏 名	(フリガナ) コクホ タロウ	世帯主との続柄		本人
		国保 太郎	又は関係		
	住 所	世田谷区世田谷4-21-27			
		電話番号 03 (5432) 1111			

お届けの内容に○

1	加入
---	----

世帯主氏名等を記す欄

世帯主	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人	氏名	所	電話番号
個人番号				

加入・脱退・変更等のある方の氏名等を記入してください。

	氏名及び個人番号	続柄	生年月日	年齢	性別	職業
1	(フリガナ)	本人	昭・平・令	●●		
	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ		●●年●●月●●日	●●		
	個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録		
2	(フリガナ) コクホ ハナコ	妻	昭・平・令	●●		
	国保 花子		●●年●●月●●日	●●		
	個人番号		2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録		
3	(フリガナ) コクホ イチロウ	子	昭・平・令	●●		
	国保 一郎		●●年●●月●●日	●●		
	個人番号		3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録		
4	(フリガナ)		昭・平・令			
5						

【注意】

- ・国民健康保険異動届は、申請者が自筆してください。
- ・個人番号とはマイナンバーのことです。不明な場合は、記入不要です。

更新が必要)

(職員記入欄)

が有効であるものに限りします。

交付したもの

適用開始	適用終了	本人確認	免	番号力	パス	個人番号	番	通	S	資格情報の	資格	
社保離脱 国組離脱 生保廃止 出生 転入(特別区・国内・国外) 国籍取得 その他取得	社保加入 国組加入 生保開始 死亡 転出(特別区・国内・国外) 国籍喪失 その他喪失		在留 特永			番号	担当			1	お知らせ 確認書	
資格変更等	世帯変更	他健康保険確認欄	保険者名				資格取得年月日				交付方法	
個別情報入力 異動日訂正 職権回復	世帯(合併・分離) 転居		記号番号				年 月 日				窓口	郵 送 特・普
個人宛名異動	通知書再発行		事業所名(担当者)				退職年月日					
住民記録等確認	記事		電話				年 月 日				受付	入力
保険料説明											確認	所・係名
納付状況確認												
乳・子(変更)案内												
旧被扶養者申請書												