

国民健康保険異動届出書

東京都北区長殿

届出日	年 月 日	▼申請者(窓口にいらした方)のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。	
届出人 (窓口に来られた方)	住所	電話番号 ()	
	氏名	1. 世帯主本人 2. 世帯員 3. 代理人(別世帯の方は委任状が必要です)	

▼お届けの内容に○をしてください。

届出理由 1. 加入 2. 脱退 3. 資格変更(世帯合併・分離等) 4. その他

▼世帯主名等を記入してください。

世帯主名	(□ 届出人と同じ)	住所	電話番号 ()	
個人番号				

▼今回、加入・脱退・資格変更がある方全員の氏名等を記入してください。

氏名及び個人番号		生年月日	続柄	性別	職業	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無
フリガナ (□ 届出人と同じ)		昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号		昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
フリガナ 個人番号		昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号		昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号		昭 平 令 西暦 年 月 日				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
承諾確認欄		<input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格及び保険料が3ヶ月以上遡ることを承諾します(最長2年)				
保険料の口座振替		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない (加入する方のみご記入ください)				

本人確認書類	<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"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()			交付方法	窓口
					郵送
備考					高齢受給者(70歳以上) 割合確認 2割 3割

記号番号					
------	--	--	--	--	--

《職員記入欄》

添付書類	有 無	
社会保険資格喪失日		
□資格喪失日 □退職日	年 月 日	
以前の勤務先の名称		
連絡先	(月 日 様に確認) 社会保険資格取得日	
資格取得日	年 月 日	
保険者名		
記号番号		
被保険者氏名		
国民健康保険		
資格取得年月日	資格喪失年月日	資格異動年月日
年 月 日	年 月 日	年 月 日
資格取得事由	資格喪失事由	資格異動事由
□転入 □社保離脱 □組合離脱 □生保廃止 □出生 □その他取得	□転出 □社保加入 □組合離脱 □生保開始 □死亡 □職権消除 □若年後期加入 □その他喪失	□世帯合併 □世帯分離 □世帯主変更
□別紙で確認		

受付	入力	照会			
----	----	----	--	--	--