

國民健康保険異動届

(あて先) 八尾市長

★太枠内をご記入の上、必要書類を添えて健康保険課にご提出ください。

受付	入力	渡し	点検	被保険者番号
				新
				旧

令和	.	.	該当項目に○印をしてください。	取得届出・喪失届出・その他届出
----	---	---	-----------------	-----------------

世帯主	住所 八尾市	フリガナ	電話番号 ()	
		氏名		
		個人番号		

該当する人全員を記入してください。	該当者氏名	生年月日	性別	マイナ保険証 (喪失届出時は□不要)	国保資格 得喪年月日	取得		喪失		備考		お知らせ 資格確認書
						全部	一部	全部	一部			
1	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男 ・ 女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	全部	一部	全部	一部	□() は社保加入		
	個人番号					転入	転出	出生	死亡			
2	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男 ・ 女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	社保離脱	社保加入					
	個人番号					出生	死亡					
3	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男 ・ 女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	国組離脱	国組加入					
	個人番号					生保廃止	生保開始					
4	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男 ・ 女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	その他取得	その他喪失					
	個人番号					住所地特例取得	住所地特例喪失					
5	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男 ・ 女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	世帯変更		特定所属者連絡票				受・渡
	個人番号					後期高齢 (障がい認定)		旧被扶養者連絡票				受・渡
6	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男 ・ 女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	本人 確認 書類 1 点	マイナンバーカード 運転免許証 パスポート 在留カード	顔写真付公的証明 (障がい者手帳等) 他()	世帯主		区分	
	個人番号						年金手帳 介護保険証 医療証(子ども等) 母子手帳	診察券 社員証 他()	世帯主変更 死亡主変・同一世帯内主変	国主取得	長	
7	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男 ・ 女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	本人 確認 書類 2 点	年金手帳 介護保険証 医療証(子ども等) 母子手帳	診察券 社員証 他()	ギ主取得	ギ主喪失	特別	
	個人番号								特定ギ取得	特定ギ喪失		

※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。

受領確認欄

枚数	枚	受領者氏名
----	---	-------