

## 国民健康保険 被保険者異動届書

(APPLICATION FOR THE NATIONAL HEALTH INSURANCE)

※※  
個人番号の記載のない、太枠内だけ黒のボールペンで強く記入してください。  
又は確認書類が提示できない場合は職員が調査の上記載します。

文京区長 殿

届出(受付)年月日 (Date of Application) (Year・Month・Day)		住 所 (Address of notifier)			連絡先	電話(Tel)	届出(記入)する方の住所・氏名・連絡先・世帯主との関係を記入してください。		
記入する人 記入する日付		文京区春日 1-16-21			世帯主との関係		勤務先名		
適用異動年月日		氏 名 (Name of notifier)			<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 同一世帯人(夫・妻・子・その他)	電話番号( )		
.		文京 太郎			<input type="checkbox"/> 代理人( )	.			
事由 加 入 現住所	同上	上の住所と世帯主の住所が異なる場合は記入してください。			喪失	□ 社保に入った	国保に加入することになった理由であてはまるものに✓をつけてください。 ※任意継続を喪失した場合は、「退職した」に✓をつけてください。		
					出生	□ 国保組合	生保開始	まで	
					喪失取消			保険者	
					扶養からはずれた				
現住所		東京都文京区			世帯主	アリガナ ブンキョウ タロウ 氏名 (Householder's Name) 文京 太郎	普	扶養認定年月日 解除	
1月1日		1 現住所に同じ 2 前住所に同じ 現在の住所 3 その他:			個人番号	右欄に記入		資格確認書等 状況	
加入 又 は 喪 失 す る 人	フリカナ 氏名 (Name of applicant)		生年月日 (Date of birth)	性別 (Sex)	世帯主 との続柄	個人番号カードの健康保険証利用登録の有無 個人番号		留学 家族 文化 研修 その他 特定活動(指定書コピー□・メモ□) ( ) 日本人配偶者 技術・人文・国際 教授 技能 永住 特別永住 定住 国籍 満了日 年月日	資格確認書:発行□ 割郵送□ 回收□ お知らせ:発行□ 郵送□ 回收□
	ブンキョウ タロウ		昭・平・令・西暦 60・1・1	男/M 女/F	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	文京 太郎					1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
	ブンキョウ ハナコ		昭・平・令・西暦 元・3・3	男/M 女/F	妻	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	文京 花子								
国保に加入したい方全員の氏名・生年月日・性別・世帯主との続柄・個人番号を記入してください。 ※個人番号が不明の場合、空欄としてください。		昭・平・令・西暦 男/M			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
4									
加入	喪失	確認	受付	前記号・番号( )			領証(receipt)		
新規	全部						(No. )		
追加	一部						( 枚) を受領しました。 ( 枚)		
記号番号				□ ( 市・区)			受取人氏名 (Name)		

【加入手続き用 記入例】

※記入例で黒くなっている箇所は、区使用欄です。

「擬」は擬制世帯主のことです。世帯主が国保の被保険者でないが同じ世帯に国保の加入者がいる場合、その世帯主は擬制世帯主となります。「普」は普通世帯主のことです。