

取得届

国民健康保険異動届出書

令和 年 月 日届出(受付)

(宛先)大田区長

●届書には届出人(世帯主)及び被保険者の個人番号の記載をお願いします。個人番号は、番号法に定められた業務に使用します。

該当する届出 <input checked="" type="checkbox"/> 国保	届出をする方 <input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ		世帯主	世帯員()代理人
異動事由 <input checked="" type="checkbox"/> 入る <input type="checkbox"/> やめる <input type="checkbox"/> その他	代理人の方はお書きください		本人との間柄()		
住所	世帯主	フリガナ		世帯主の マイナンバー	代理人の電話()
□個人番号確認					
異動される方全員の氏名		生年月日	性別	続柄	職業
1 フリガナ マイナ保険証の利用登録【している・していない】		昭平令	男女		<ul style="list-style-type: none"> ・無し ・個人事業主 ・求職中 ・パート ・アルバイト ・会社員(○○株式会社)
					マイナンバー
2 フリガナ マイナ保険証の利用登録【している・していない】		昭平令	男女		<ul style="list-style-type: none"> ・無し ・個人事業主 ・求職中 ・パート ・アルバイト ・会社員()
					マイナンバー
3 フリガナ マイナ保険証の利用登録【している・していない】		昭平令	男女		<ul style="list-style-type: none"> ・無し ・個人事業主 ・求職中 ・パート ・アルバイト ・会社員()
					マイナンバー
4 フリガナ マイナ保険証の利用登録【している・していない】		昭平令	男女		<ul style="list-style-type: none"> ・無し ・個人事業主 ・求職中 ・パート ・アルバイト ・会社員()
					マイナンバー

①健康保険資格喪失証明書のコピーと併せて、

②届出人の本人確認書類のコピー、

③世帯主及び加入する方全員分の個人番号確認書類(個人番号カードや通知カード)のコピーをお送りください。

太枠の中だけお書きください。		本人確認欄		郵送	
A 運転免許証 パスポート 在留カード等 マイナンバーカード(個人番号カード) 住民基本台帳カード ()		B 資格確認書(健康保険証) 各種医療証 年金手帳()		C その他要綱で定めるもの ()	

資格確認書		前期証		資格情報のお知らせ		備考
回収	交付	回収	交付	回収	交付	
有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	
無	無	無	無	無	無	
有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	
無	無	無	無	無	無	
有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	
無	無	無	無	無	無	
有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	有	窓口 郵送 未交付	
無	無	無	無	無	無	

開始	終了	その他	適用開始・終了年月日
・転入 ・社保離脱 ・国組離脱 ・生保廃止 ・出生 ・職権回復 ・その他開始	・転出 ・社保加入 ・国組加入 ・生保開始 ・死亡 ・職権消除 ・その他終了	・世帯主変更 ・世帯分離 ・世帯合併 ・世帯変更 ・その他()	平成 令和 年 月 日
			受付番号 N.O.
			処理年月日
			令和 年 月 日
新	旧		受付 入力 点検
記号	記号		
番号	番号		