

今日の日付を記入してください
(西暦・和暦問いません)

新規加入時は記入しない

記入例 1 (加入)

届出日	年 月 日		被保険者記号番号	0 2 -		
届出者	氏名	中央 一郎			電話	× × (× × × ×) × × × ×
	住所	東京都中央区〇〇×丁目×番×号				
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員 (子) <input type="checkbox"/> その他 ()				
世帯主	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上 中央 太郎			住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			異動事由	1
1	ふりがな	チュウオウ タロウ		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	続柄	世帯主
	氏 名	中央 太郎			生年月日	
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		× × × × 年 × × 月 × × 日	職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社保非該当 <input type="checkbox"/> その他
2	ふりがな	チュウオウ イチロウ		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	続柄	子
	氏 名	中央 一郎			生年月日	
	個人番号	1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0		× × × × 年 × × 月 × × 日	職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社保非該当 <input type="checkbox"/> その他
3	ふりがな			男・		
	氏 名				生年月日	
	個人番号				日	
4	ふりがな			女	続柄	
	氏 名				生年月日	
	個人番号				年 月 日	

今回加入する方の
情報を記入ください

マイナポータルで確認
することができます。

マイナンバーカードの健康
保険証利用登録の有無(※)
☒有 ☐無

マイナンバーカードの健康
保険証利用登録の有無(※)
☒有 ☐無

マイナンバーカードの健康
保険証利用登録の有無(※)
☐有 ☐無

保険証利用登録の有無(※)
☐有 ☐無

(※) 資格喪失時は記入不要です。また、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です。

番号を記入ください

- 1 転入
- 2 転出
- 3 社保加入
- 4 国組加入
- 5 社保離脱
- 6 国組離脱
- 7 生保開始
- 8 生保廃止
- 9 障害認定
- 10 住所地特例
- 11 死亡
- 12 世帯変更
- 13 世帯主変更

職 員
記入欄

本人
代理人 ()

記入しない

備考

今日の日付を記入してください
（西暦・和暦問いません）

国民健康保険異動届出書

記入例 2（喪失）

届出日	年 月 日			被保険者記号番号	0 2						
届出者	氏名	中央 一郎			電話	× × (× × × ×) × × ×					
	住所	東京都中央区〇〇×丁目×番×号									
	世帯主からみた関係		<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員（ 子 ） <input type="checkbox"/>								
世帯主	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上 中央 太郎			住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上					
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									
1	ふりがな	チュウオウ タロウ		<input checked="" type="radio"/> 男	続柄	世帯主		生年月日	職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社保非該当 <input type="checkbox"/> その他	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無(※)
	氏 名	中央 太郎		女							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						× × × × 年 × × 月 × × 日			
2	ふりがな	チュウオウ イチロウ		<input checked="" type="radio"/> 男	続柄	子		生年月日	職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社保非該当 <input type="checkbox"/> その他	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無(※)
	氏 名	中央 一郎		女							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人番号	1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0						× × × × 年 × × 月 × × 日			
3	ふりがな			男・					職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社保非該当 <input type="checkbox"/> その他	
	氏 名										
	個人番号										
4	ふりがな			女	続柄			生年月日	職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社保非該当 <input type="checkbox"/> その他	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無(※)
	氏 名										<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人番号							年 月 日			

ご自身の
・被保険者証
・資格確認書
・資格情報のお知らせ等
をご確認ください

番号を記入ください

- 1 転入
- 2 転出
- 3 社保加入
- 4 国組加入
- 5 社保離脱
- 6 国組離脱
- 7 生保開始
- 8 生保廃止
- 9 障害認定
- 10 住所地特例
- 11 死亡
- 12 世帯変更
- 13 世帯主変更

今回喪失する方の
情報を記入ください

喪失時は記入の
必要ありません

(※) 資格喪失時は記入不要です。また、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です。

職 員
記入欄

本人
代理人（

記入しない

備考