

(for applicant)

加入手続き記入例

国民健康保険異動届 (1)
(Application for the National Health Insurance)

加古川市加古川町〇〇		
加古川 太郎	連絡先 (Tel)	079 - 427 - 0000
マイナンバー (Individual Number)	1234 5678 9012	

記入される方の住所・氏名・連絡先を記入してください。

※太枠の部分だけ記入してください。(Fill in the space within the thick lines)

届出 (受付)	令和 7年 4月 1日 (year) (month) (day)	届出日、世帯主の氏名・住所・連絡先・マイナンバー (わからない場合は記入不要)を記入してください。届出人が世帯主の場合は、氏名・住所の「届出人と同じ」にチェックをしてください。	終了 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 職権抹消 <input type="checkbox"/> その他	国保異動区分 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> その他	1 一部開始 2 全部開始 3 一部終了 4 全部終了	証有効期限 年 月 日	国保証番号
---------	-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	----------------	-------

世帯主氏名 (Name of the head)	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ (Same as applicant) 加古川 一郎	世帯主住所 (Address of the head)	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (Same as applicant) 加古川市	世帯主連絡先 (Tel)	079 - 427 - 1234	世帯主マイナンバー	1234 5678 0000
--------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------------------------------------------	--------------	------------------	-----------	----------------

氏名 (Name of All Members)	生年月日 (Birth Date)	性別 (Sex)	世帯主との続柄 (Relationship with the head)	マイナ保険証利用登録の有無	マイナンバー (Individual Number)	国保異動年月日	証交付	宛番号
フリガナ カコガワ イチロウ 1 加古川 一郎	昭平令 ○年○月○日 (year) (month) (day)	男(M) 女(F)	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 利用登録あり <input type="checkbox"/> 利用登録なし	1234 5678 0000		<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
フリガナ カコガワ ハナコ 2 加古川 花子	昭平令 ○年○月○日 (year) (month) (day)	男(M) 女(F)	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子	<input checked="" type="checkbox"/> 利用登録あり <input type="checkbox"/> 利用登録なし	1234 5678 1111		<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
フリガナ カコガワ タロウ 3 加古川 太郎	昭平令 ○年○月○日 (year) (month) (day)	男(M) 女(F)	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子	<input checked="" type="checkbox"/> 利用登録あり <input type="checkbox"/> 利用登録なし	1234 5678 9012		<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
フリガナ 4	昭平令 年 月 日 (year) (month) (day)	男(M) 女(F)	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子	<input type="checkbox"/> 利用登録あり <input type="checkbox"/> 利用登録なし			<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
フリガナ 5	昭平令 年 月 日 (year) (month) (day)	男(M) 女(F)	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子	<input type="checkbox"/> 利用登録あり <input type="checkbox"/> 利用登録なし			<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
フリガナ 6	昭平令 年 月 日 (year) (month) (day)	男(M) 女(F)	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子	<input type="checkbox"/> 利用登録あり <input type="checkbox"/> 利用登録なし			<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	

加入される方全員の氏名、生年月日、性別、世帯主との続柄、マイナ保険証利用登録の有無、マイナンバー(わからない場合は記入不要です)を記入してください。

必ずどちらかにチェックをいれてください。

加入・喪失する人は全員記入してください。

説明事項等	<input type="checkbox"/> 保険料金	<input type="checkbox"/> 口座振替	備考
	<input type="checkbox"/> 減免制度	<input type="checkbox"/> 国民年金	
	<input type="checkbox"/> 旧被扶養者	<input type="checkbox"/> 福祉医療	
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 (70~74歳)	<input type="checkbox"/> 不当利得		
<input type="checkbox"/> 所得申告			

本人確認	運転免許・マイナンバーカード・パスポート・その他
番号確認	済
代理権確認	済

【必要書類】

①記入いただいた用紙(国民健康保険異動届)

②健康保険資格喪失証明書

③世帯主と加入者のマイナンバーのわかる書類の写し

④届出人の本人確認ができる書類の写し

※④は顔写真付のもの(運転免許証・パスポート・マイナンバーカード)

※③・④はお手元になれば省略可能です。