

加入手続き記入例

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

(for applicant)

※太枠の部分だけ記入してください。(Fill in the space)

記入される方の住所・氏名・連絡先を記入してください。

届出人	住所 (Address)	加古川市加古川町北在家2000番地		
	氏名 (Name)	加古川 太郎	連絡先 (Tel)	079-421-2000

届出 (受付)	令和〇年〇月〇日 (year) (month) (day)	異動事由	適用開始	適用終了	国保異動区分	1 一部開始	証有効期限 年 月 日	国保証番号													
		転入	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 保離 <input type="checkbox"/> 生脱 <input type="checkbox"/> 職保 <input type="checkbox"/> 職廃 <input type="checkbox"/> 職回 <input type="checkbox"/> 職復 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 転死 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 職保 <input type="checkbox"/> 職抹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2													
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)	079-421-2000			マイナンバー												

加入・喪失する人は全員記入してください。	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)	マイナンバー (Individual Number)												国保異動年月日	旧証回収	宛名番号
	フリガナ	氏名	年 月 日 (year) (month) (day)	男(M) 女(F)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	
1	カコガワ イチロウ	加古川 一郎	〇〇年〇〇月〇〇日	男	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	
2	カコガワ ハナコ	加古川 花子	〇〇年〇〇月〇〇日	女	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8		<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	
3	カコガワ タロウ	加古川 太郎	〇〇年〇〇月〇〇日	男	<input checked="" type="checkbox"/> 子	5	4	3	2	1	0	9	8	7	6	5	4		<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	
4			年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 子の子														<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	
5			年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子														<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	
6			年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子														<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄依頼	

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。

加入される方全員の氏名、生年月日、性別、世帯主との続柄、マイナンバー(わからない場合は記入不要)を記入してください。

【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はお手元になければ省略可能です。

説明事項等

<input type="checkbox"/> 保険料金	<input type="checkbox"/> 口座振替
<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	

備考

代理権確認