

喪失手続き記入例

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													
		転出 保離	入社 保離	国生職 保保権	そ後 の離	転死 社保		国生職 保保権	そ障 害認	2 全部開始	3 一部終了	4 全部終了	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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)	加古川市		<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (Same as applicant)	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	カコガワ	イチロウ	〇〇年〇〇月〇〇日 (year) (month) (day)	男 (M) 女 (F)	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
フリガナ	カコガワ	ハナコ	〇〇年〇〇月〇〇日	男 女	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ()	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8			
フリガナ	カコガワ	タロウ	〇〇年〇〇月〇〇日	男 女	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子 ()	5	4	3	2	1	0	9	8	7	6	5	4			
フリガナ			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	
フリガナ			年 月 日	男 女	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子 ()														<input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> 回収済	
フリガナ			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	

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。

喪失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新しい会社の保険証の写し
③加古川市から交付している保険証の原本
④世帯主と加入者のマイナンバーのわかる書類の写し
⑤届出人の本人確認ができる書類の写し
※⑤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)
※④・⑤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