

# 国民健康保険異動届

事由	取得					喪失					取得		喪失		変更				
	社保喪失	国組喪失	生保廃止	職権等	その他	社保加入	国組加入	生保開始	障害認定	職権等	その他	転入	出生	転出	死亡	続柄変更	世帯合併	世帯分離	主変更

※太枠の中のみご記入ください

異動日	令和 年 月 日	届出人資格 1. 世帯主 2. 世帯員 (被保険者) 3. その他 ( ) その他の場合は、代理人住所を記入	届出人氏名		電話番号	
届出日	令和 年 月 日		個人番号			
新しい住所		世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ	個人番号	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ	
現住所		世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ	個人番号	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ	
本年1月1日時点の住所 ※現住所と異なる場合のみ記入					国民健康保険 被保険者記号・番号	
ふりがな氏名		生年月日	続柄	個人番号	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無 (マイナ保険証の有無)	
1	(男・女)	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (資格喪失時は☑不要)	変更前の被保険者記号・番号 (世帯変更・世帯分離の場合)
				取得 令和 年 月 日 喪失 令和 年 月 日		
				国民健康保険資格異動日確認方法		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格(得・喪)連絡票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 情報連携/電話 <input type="checkbox"/> 被保険者証
2	(男・女)	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (資格喪失時は☑不要)	出産育児一時金 (出生の場合) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
3	(男・女)	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (資格喪失時は☑不要)	葬祭費 (死亡の場合) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
4	(男・女)	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (資格喪失時は☑不要)	前期高齢者判定 (70歳以上の場合) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
5	(男・女)	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (資格喪失時は☑不要)	【特記事項】
6	(男・女)	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (資格喪失時は☑不要)	口座振替 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 送付先登録 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 受付者 <input type="checkbox"/> 交付 / <input type="checkbox"/> 回収
				資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証		<input type="checkbox"/> ( ) 令和 年 月 日

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年ごとに更新が必要)が有効であるものに限りです。