

国民健康保険被保険者異動届

福島県須賀川市長

|       |    |                              |
|-------|----|------------------------------|
| 本人確認点 | 1点 | 運転免許証個人番号カード<br>住基カード・その他( ) |
|       | 2点 | 保険証・通帳・学生証<br>その他( )         |

|    |       |      |          |                                                                                            |     |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            |                                                                  |                                 |                      |  |
|----|-------|------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|--|
| 異動 | 年 月 日 |      | 事由       | 1. 転入 2. 転出 3. 転居 4. 出生 5. 死亡 6. 世帯主変更 7. 世帯主更替 8. 離脱 9. 加保 10. 廃止 11. 生保 12. 開保 13. 認定その他 |     |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            |                                                                  |                                 |                      |  |
|    |       |      |          |                                                                                            |     |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            |                                                                  |                                 |                      |  |
| 住所 |       |      |          | 須賀川市 八幡町135番地                                                                              |     |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            |                                                                  |                                 |                      |  |
| 氏名 |       | 生年月日 | 続柄       | 性別                                                                                         |     | 個人番号 |                         |  |  |  |  |  |  | マイナ保険証<br>所有の有無<br>資格取得時のみ |                                                                  | 署名                              | 届出年月日 令和 7 年 4 月 1 日 |  |
|    |       |      |          |                                                                                            |     |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            |                                                                  |                                 | 届出人 (世帯主・世帯員・その他)    |  |
| 1  | 国保 太郎 |      | S55・1 23 | 世帯主                                                                                        | 男・女 |      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 |  |  |  |  |  |  |                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 世帯主名 国保 太郎                      |                      |  |
| 2  | 国保 花子 |      | S60・4 ・5 | 妻                                                                                          | 男・女 |      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1   |  |  |  |  |  |  |                            | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 世帯主個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 |                      |  |
| 3  |       |      | ・        |                                                                                            | 男・女 |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無            | 記号番号                            | 島4ー 012345678        |  |
| 4  |       |      | ・        |                                                                                            | 男・女 |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無            | 備考                              |                      |  |
| 5  |       |      | ・        |                                                                                            | 男・女 |      |                         |  |  |  |  |  |  |                            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無            |                                 |                      |  |

太枠内をご記入ください。

|          |          |       |             |             |              |    |      |         |          |          |      |
|----------|----------|-------|-------------|-------------|--------------|----|------|---------|----------|----------|------|
| 資格       | 得・喪      | 年 月 日 | 加入・脱退した事業所等 |             | 備考           |    | 処理確認 |         |          |          |      |
|          |          |       | 記号番号        |             |              |    | 事項   | お知らせの交付 | 資格確認書の交付 | 資格確認書の回収 | 異動入力 |
|          |          |       | 得 喪         | ・           |              |    |      |         |          |          |      |
|          |          |       | 事業所名及び所在地   |             |              |    |      |         |          |          |      |
| 資格確認書等   | 交付・補正・回収 |       | 電話          | ( ) -       | 社保等・事業所・年金確認 |    | 取扱者  |         |          |          |      |
| □ 特別療養   |          | 区分    | 本人 ( )      | 口座振替の希望 ・ 無 |              |    |      |         |          |          |      |
| ・ ・ ・ 処理 |          |       | 被扶 ( )      |             |              | 収納 |      | 所得照会    |          | 所得入力     |      |
| 説明       |          | 課税・制度 | 保険者番号       |             |              |    |      |         |          |          |      |