

国民健康保険異動届出書

(宛先)大田区長

令和 年 月 日届出 (受付)

●届書には世帯主及び被保険者の個人番号の記載をお願いします。個人番号は、番号法に定められた業務に使用します。

該当する届出 ①国保	届出人	フリガナ	世帯主	世帯員 ()	代理人
異動事由 ②入る	代理人の方はお書きください 本人との間柄 ()		世帯主 世帯員 の電話 ()		
住所	住所		代理人の電話 ()		
世帯主	フリガナ	世帯主の 個人番号	□ 個人番号確認		

異動される方全員の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	保険証		前期証		備考
					回収	交付	回収	交付	
フリガナ	昭平令 . .	男女		・無し ・求職中 ・アルバイト ・会社員 ()	有 無	窓 口 送 未 交 付	有 無	窓 口 送 未 交 付	
フリガナ	昭平令 . .	男女		・無し ・求職中 ・アルバイト ・会社員 ()	有 無	窓 口 送 未 交 付	有 無	窓 口 送 未 交 付	
フリガナ	昭平令 . .	男女		・無し ・求職中 ・アルバイト ・会社員 ()	有 無	窓 口 送 未 交 付	有 無	窓 口 送 未 交 付	
フリガナ	昭平令 . .	男女		・無し ・求職中 ・アルバイト ・会社員 ()	有 無	窓 口 送 未 交 付	有 無	窓 口 送 未 交 付	

●赤枠の中のみお書きください。

本人確認欄		郵送
A	運転免許証 パスポート 在留カード等 個人番号カード 住民基本台帳カード ()	
B	健康保険証 各種医療証 年金手帳 ()	
C	その他要綱で定めるもの ()	

- ① 健康保険資格喪失証明書のコピーと併せて、
- ② 届出人の本人確認書類のコピー、
- ③ 世帯主および加入する方全員分の個人番号確認書類(個人番号カードや通知カード)のコピーをお送りください。

開始	終了	その他	適用開始	終了年月日
・転入 ・社保離脱 ・国組離脱 ・生保廃止 ・出生 ・職権回復 ・その他開始	・転出 ・社保加入 ・国組加入 ・生保開始 ・死亡 ・職権消除 ・その他終了	・世帯主変更 ・世帯分離 ・世帯合併 ・世帯変更 ・その他 ()	平成 令和	年 月 日
新	旧	受付番号 No.	処理年月日	
記号	記号	令和	年	月 日
番号	番号	受付	入力	点検