

国民健康保険異動届

記号番号 26- -		世帯主の氏名 武蔵野 ○○		世帯主の被扶養者になれない理由		届出区分	
		個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> 世帯主の扶養申請中 <input type="checkbox"/> 世帯主が後期高齢者医療制度該当 <input type="checkbox"/> 年金受給(年 万円位)180万円以上 <input type="checkbox"/> 働いている(年 万円位)130万円以上 <input type="checkbox"/> その他()		一部 全部	
武蔵野市 緑町 2丁目 2番 28号 アパート名など		【電話番号】 0422 - 51 - 5131		取得事由		転入 出生 社保離脱 国保組合喪失 生保廃止 その他 (海外転入) ()	
カテ氏名 氏名	性別	生年月日	続柄	職業	異動年月日	ご世帯主の方が社会保険で世帯員の方が国民健康保険にご加入される場合はご記入ください。	
ムサシノ ○○ 武蔵野 ○○	男・女	昭・平 令 63年 12月 29日	主	フリー ランス	平 令 2年 4月 1日	1	2
ムサシノ △△ 武蔵野 △△	男・女	昭・平 令 元年 1月 1日	妻	無職	平 令 2年 4月 1日	3	2
	男・女	昭・平 令 年 月 日			平 令 年 月 日		
	男・女	昭・平 令 年 月 日			平 令 年 月 日		
	男・女	昭・平 令 年 月 日			平 令 年 月 日		
国保に加入する時		(1)退職年月日・資格喪失日 平・令 2年 4月 1日 (2)被扶養者資格喪失年月日 平・令 2年 4月 1日 電話確認 済・未		勤務先 記号番号 保険者番号		転出 死亡 社保加入 国保組合加入 生保開始 その他 (資格取消) ()	
		(3)これからの生計 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input checked="" type="checkbox"/> 自営(法人以外) <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 年金受給中/手続き中 <input type="checkbox"/> 奨学金 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度加入者の扶養 <input type="checkbox"/> その他()		被保険者取得年月日 平・令 年 月 日 被扶養者取得年月日 平・令 年 月 日		喪失事由	
		(4)以下の項目を確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> マークを記入してください <input checked="" type="checkbox"/> (遡り加入の場合)保険税も遡って発生することを了承します <input checked="" type="checkbox"/> 世帯内に国民健康保険組合加入者はいません <input checked="" type="checkbox"/> 他の健康保険(会社、扶養等)に入ることはいけません		国保をやめる時		済・未	
届出人の番号または氏名		備考欄		身元確認書類…個人番号カード 運免・住基カード・在留カード 障害者手帳・パス・保険証 その他()		ご希望の郵送方法に○をつけてください。	
				番号確認書類 個人番号カード 通知カード・住民票写し・提示なし		入力 担当者 済・未	
				回収・訂正・未回収・誓約書		郵送済・郵送未(簡易書留)・普通郵便	

国保に加入する者または同世帯の者が、公的機関発行の顔写真付身分証明書を市役所国民健康保険担当に持参した場合は、保険証を窓口交付します。ただし、市政センターで手続をした場合と、転入に係る加入の場合は、確認のため郵送します。郵送方法は簡易書留、または普通郵便です。