

国民健康保険異動届

届出日 令和 年 月 日

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 <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()		届出区分 一部 全部	
		個人番号 **** **** ****				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) ()	
武蔵野市 緑町 2丁目 2番 28号		【電話番号】 0422 - 51 - 5131				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) ()	
アパート名など						子育て世帯該当 旧被扶該当	
氏名	性別	生年月日	続柄	職業	異動年月日	個人番号	
1 武蔵野 ○○	男・女	昭平 63年12月29日	主	会社員	平令 2年4月3日	* * * * * * * * * * * *	
2 武蔵野 △△	男・女	昭平 元年1月1日	妻	パート	平令 2年4月3日	* * * * * * * * * * * *	
3	男・女	昭平 年 月 日			平 年 月 日		
4 脱退される方全員の氏名等をご記入ください。		平 年 月 日	5 新しい健康保険の資格取得日+1日をご記入ください。		平 年 月 日	新しい健康保険の保険証の情報をご記入ください。	
国保に加入する時	(1)退職年月日・資格喪失日 平・令 年 月 日		(2)被扶養者資格喪失年月日 平・令 年 月 日		勤務先 _____		喪失事由 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 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()		(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 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 type="checkbox"/> 世帯内に国民健康保険組合加入者はいません <input type="checkbox"/> 他の健康保険(会社、扶養等)に入ることはできません		国保をやめる時		
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()		保険証の処理 一般分(・退職分)	
				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		交付(運免・パス・住基カード・在留カード ・個人番号カード・障害者手帳・その他) 回収・訂正・未回収・誓約書 郵送済・郵送未(簡易書留・普通郵便)	
						入力 担当者 済・未	

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。