

※資格確認にあたり、町が個人番号を利用した加入
医療保険の情報について照会を行うことに
【同意者】
□届出人に同じ
□同意します

氏名

国民健康保険住民異動届

被 保 険 者
記 号 ・ 番 号

軽・

届 出 日	年 月 日	異 動 日	年 月 日
住 所			
電 話			
フリガナ	旧世帯主氏名		
世 帯 主 の 氏 名			
個 人 番 号			
フリガナ			世帯主から み た 続 柄
窓口に来た 方の氏名 (届出人)			
窓口に来た方の 住所・電話番号	電話番号		
	氏名 (フリガナ)	生年月日	続柄 職 業
1	()	・ ・ 生	
	個人番号		
2	()	・ ・ 生	
	個人番号		
3	()	・ ・ 生	
	個人番号		
4	()	・ ・ 生	
	個人番号		

異 動 事 由				
取得 (適用開始)	全部・一 部	喪失 (適用終了)	全部・一 部	変更
1 転入 2 転居 3 分離・合併 4 世帯構成変更 5 出生 6 転出取消 7 職権回復 8 遡及 9 社保離脱 10 生保廃止 11 国組離脱 12 後期喪失 13 その他		1 転出 2 転居 3 分離・合併 4 世帯構成変更 5 死亡 6 職権消除 7 社保加入 8 生保開始 9 国組加入 10 後期加入 11 その他		1 住所変更 2 世帯主変更 3 氏名変更 4 その他

個人番号カードの(※) 健康保険証利用登録の有 無 (資格喪失時は☑不 要)	転居した日	転入前又は転出後の住所	個人番号変更	
	・ ・		有無	有 ・ 無
□有 □無	・ ・		時期	
□有 □無	・ ・		有無	有 ・ 無
	・ ・		時期	
□有 □無	・ ・		有無	有 ・ 無
	・ ・		時期	
□有 □無	・ ・		有無	有 ・ 無
	・ ・		時期	

●資格喪失証明書以外の書類で加入申請の場合
任意継続せず、退職日の翌日に社会保険の資格を喪失しています。 署名

擬 制 世 帯 主 該 当	●世帯主の勤務先 会社名 所在地 電 話
	●世帯主の被扶養者になれない理由 1. 失業保険受給中のため 2. 稼働年齢のため 3. 給与・年金収入等があるため (年収 万円) 4. 扶養申請予定 5. 世帯主が 75 歳以上のため 6. その他 ()

番号確認	□ 個人番号カード □ 通知カード (個人番号通知書) □ 住民票 □ 公簿
本人確認	□ 運免 □ 在留 □ 障手 □ パスポート □ 他()
	□ 年金手帳 □ 資格確認書 □ 他()

※本人確認：上段 1 点確認、下段 2 点確認 (顔写真付でない場合)