

※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 _____

国保加入用記入例

国民健康保険任氏異動届

被保険者
記号・番号 軽・

届出日	R7年1月6日	異動日	年 月 日									
住所	軽井沢町大字長倉2381番地1											
電話	0267-45-8540											
フリガナ	カルイザワ タロウ	旧世帯主氏名										
世帯主の氏名	軽井沢 太郎											
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1
フリガナ	カルイザワ タロウ										世帯主から みた続柄	
窓口に来た 方の氏名 (届出人)	軽井沢 太郎										本人	
窓口に来た方の 住所・電話番号	軽井沢町大字長倉2381番地1										電話番号 0267-45-8540	

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		1 転出		1 住所変更
2 転居				
3 分離				
4 世帯構				
5 出生				
6 転出取				
7 職権回				
8 遡及				
9 社保離				
10 生保				
11 国組離				
12 後期喪失				
13 その他				

《添付書類》

- ①社会保険資格喪失証明書
- ②本人確認書(届出人)のコピー
(マイナンバーカード、運転免許証等)

	氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	職業	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
1	(カルイザワ タロウ 軽井沢 太郎)	昭和28・1・1 生	本人		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			有無 時期
2	(カルイザワ ハナコ 軽井沢 花子)	昭和28・1・2 生	妻		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			有無 時期
3	()	・ 生			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			有無 時期
4	()	・ 生			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			有無 時期

社保を脱退された方全員の氏名、生年月日、続柄、
個人番号を記入し、マイナ保険証の登録有無に、チ
ェックを入れてください。

●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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード(個人番号通知書) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 公簿
本人確認	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他(_____) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 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)