

※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】

届出人と同じ

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                | R〇年 1 月 6 日           | 異動日    | 年 月 日 |   |   |   |   |   |   |   |                      |   |
| 住所                 | 軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 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 ハナコ             |        |       |   |   |   |   |   |   |   | 世帯主から<br>みた続柄        |   |
| 窓口に来た方の氏名<br>(届出人) | 軽井沢 花子                |        |       |   |   |   |   |   |   |   | 妻                    |   |
| 窓口に来た方の住所・電話番号     | 軽井沢町大字長倉 2 3 8 1 番地 1 |        |       |   |   |   |   |   |   |   | 電話番号<br>0267-45-8540 |   |

《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)

窓口に来た方が世帯主の方以外  
の場合は記入してください。

|   | 氏名 (フリガナ)               | 生年月日           | 続柄 | 職業 | 個人番号カードの (※)<br>健康保険証利用登録の有<br>無 (資格喪失時は <input checked="" type="checkbox"/> 不<br>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 )<br>軽井沢 太郎 | S 41 · 1 · 1 生 | 本人 |    | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                     |       |             | 有無<br>時期 |
| 2 | ( カルイザワ ハナコ )<br>軽井沢 花子 | S 42 · 1 · 2 生 | 妻  |    | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無                     |       |             | 有無<br>時期 |
| 3 | ( )                     | · · 生          |    |    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                |       |             | 有無<br>時期 |
| 4 | ( )                     | · · 生          |    |    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                |       |             | 有無<br>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  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)