

国民健康保険異動届 (郵送用)

八街市長宛

太枠の中をご記入ください

(注) 世帯主が納税義務者となります

Date 届出年月日	令和 年 月 日	TEL 電話	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 届出人	—	—						
Address 住所	八街市										
Name of householder 世帯主氏名						個人番号					
届出人氏名 (届出人が世帯主以外の場合)											

国民健康保険に 加入 または 脱退 する方 全員 を以下に記入してください。

1	フリガナ	性別	世帯主との続柄	職業	マイナ保険証の有無 (保険証利用登録した マイナンバーカード)	資格情報のお知らせ 回・未・交・更正
	氏名	男	無職・会社員・自営業 学生・パートアルバイト・他		資格確認書 回・未・交・更正	
	生年月日 昭・平・令 年 月 日	女	個人番号		負担割合(70歳以上) 2割・3割・基準収入	
2	フリガナ	性別	世帯主との続柄	職業	マイナ保険証の有無 (保険証利用登録した マイナンバーカード)	資格情報のお知らせ 回・未・交・更正
	氏名	男	無職・会社員・自営業 学生・パートアルバイト・他		資格確認書 回・未・交・更正	
	生年月日 昭・平・令 年 月 日	女	個人番号		負担割合(70歳以上) 2割・3割・基準収入	
3	フリガナ	性別	世帯主との続柄	職業	マイナ保険証の有無 (保険証利用登録した マイナンバーカード)	資格情報のお知らせ 回・未・交・更正
	氏名	男	無職・会社員・自営業 学生・パートアルバイト・他		資格確認書 回・未・交・更正	
	生年月日 昭・平・令 年 月 日	女	個人番号		負担割合(70歳以上) 2割・3割・基準収入	
4	フリガナ	性別	世帯主との続柄	職業	マイナ保険証の有無 (保険証利用登録した マイナンバーカード)	資格情報のお知らせ 回・未・交・更正
	氏名	男	無職・会社員・自営業 学生・パートアルバイト・他		資格確認書 回・未・交・更正	
	生年月日 昭・平・令 年 月 日	女	個人番号		負担割合(70歳以上) 2割・3割・基準収入	

★以下のコピーを必ず同封してください。不足の場合は、追加で提出をお願いすることとなりますので、ご注意ください。

- 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、在留カード、障害者手帳など）
- 職場の健康保険に加入したことがわかるもの（資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険資格取得証明書など）
※家族で扶養となった方も国保を脱退する場合は、扶養となった方も含めて、全員分が必要になります。

本申請書に記載された個人情報は、この申請の事務処理のために利用します。

記号	56	番号			
異動年月日	令和 年 月 日				
異動事由	取得	1. 転入 4. 生保廃止 7. その他取得()	2. 社離 5. 出生 12. 社加 14. 生保開始 17. その他喪失()	3. 国組離脱 6. 後期離脱 13. 国組加入 16. 後期加入 23. 世帯変更 26. 転居	
	喪失	11. 転出 14. 生保開始 17. その他喪失()	12. 社加 15. 死亡 22. 世帯分離 24. 世帯主変更	13. 国組加入 16. 後期加入 23. 世帯変更 26. 転居	
	変更	21. 世帯合併 24. 世帯主変更	22. 世帯分離 25. 氏名変更	23. 世帯変更 26. 転居	
他保険の得喪年月日	取得・喪失	年 月 日			
世帯		被保険者			
増	減	現在数	更正後	増	減
擬主の場合			擬制世帯	受付	
収入超過・成年到達 後期・扶養申請中・他			+1	△1	