

国民健康保険被保険者異動届(加入・喪失・変更)

※ 以下の太枠の部分を記入してください。

令和 年 月 日

世帯主人 (届出人)	住所 霧島市			
	氏名			
	電話番号 - -			
個人番号				
窓口 に 来 ら れ た 人	<input type="checkbox"/> 世帯主 本人	<input type="checkbox"/> 世帯主 以外(世帯員・代理人)		
	住所(<input type="checkbox"/> 同上)			
	氏名	世帯主との続柄 ()	電話番号	- -

受付印

異動日	. .
届出日	. .
記号番号	霧国

※今回異動する方全員を記入してください。

No	(上段)氏名・(下段)個人番号(マイナンバー)	生年月日・性別	続柄	区分	備考
1		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	世帯主・妻・夫 ・子・父・母・ その他()	住所地特例 マル学 マル遠	
		男 . 女			
2		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	世帯主・妻・夫 ・子・父・母・ その他()	住所地特例 マル学 マル遠	
		男 . 女			
3		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	世帯主・妻・夫 ・子・父・母・ その他()	住所地特例 マル学 マル遠	
		男 . 女			
4		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	世帯主・妻・夫 ・子・父・母・ その他()	住所地特例 マル学 マル遠	
		男 . 女			
5		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	世帯主・妻・夫 ・子・父・母・ その他()	住所地特例 マル学 マル遠	
		男 . 女			

確認同意事項

- この度、国民健康保険の資格を取得し、上記に記入したすべての者の国民健康保険被保険者証を受領しました。
- 上記に記入したすべての者の健康保険の資格確認等のために、後日必要が生じた場合には、霧島市が関係機関に照会することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

異動事由	取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 社保離脱	<input type="checkbox"/> 国組離脱	<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 世帯分離
	喪失	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 社保加入	<input type="checkbox"/> 国組加入	<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 世帯分離
	変更	<input type="checkbox"/> 世帯合併	<input type="checkbox"/> 後期高齢該当	<input type="checkbox"/> 住所特例終了	<input type="checkbox"/> 職権消滅	<input type="checkbox"/> 取得取消	<input type="checkbox"/> その他喪失	

本人 交 付 時 の 認 証	以下の書類から1点 (顔写真付き身分証明書)	以下の書類から2点以上 (【氏名・生年月日】または【氏名・住所】の確認)	保険証
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 退職(喪失)証明書 <input type="checkbox"/> 離職票 <input type="checkbox"/> 郵便物(官公署発行) <input type="checkbox"/> 納税証明書 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 本人への聞き取り <input type="checkbox"/> その他()	

【保険証交付】 適用日入力(/)
窓口・郵送(特定記録・普通郵便)

【保険証回収】
窓口・未回収(誓約書・返送依頼)

共通	<input type="checkbox"/> 前期区分判定(70歳以上) (/) <input type="checkbox"/> 限度額変更 <input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証 <input type="checkbox"/> 世帯主課税(普主・擬主・複数主) <input type="checkbox"/> 納税通知書説明 <input type="checkbox"/> 即時更正 <input type="checkbox"/> 税務課案内 <input type="checkbox"/> 収納課案内 <input type="checkbox"/> 口座振替勧奨 <input type="checkbox"/> 子育て支援案内(子ども医療・ひとり親) <input type="checkbox"/> 長寿障害案内(重心・自立支援医療)	取得 <input type="checkbox"/> 非自発(転入時は条例減免含む) <input type="checkbox"/> 社保扶養 <input type="checkbox"/> 任継比較 <input type="checkbox"/> マル遠 <input type="checkbox"/> マル学 <input type="checkbox"/> 住所地特例 <input type="checkbox"/> 有効期限 <input type="checkbox"/> 喪失後受診の防止 <input type="checkbox"/> 適用開始年月日 <input type="checkbox"/> 年金案内 <input type="checkbox"/> 遡及課税説明	喪失 【既着レセ】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 返戻依頼 <input type="checkbox"/> 保険者間調整 <input type="checkbox"/> 請求説明 【未着レセ】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 連絡依頼 <input type="checkbox"/> 保険者間調整 <input type="checkbox"/> 請求説明 その他 <input type="checkbox"/> 負担区分証明(70歳以上) <input type="checkbox"/> 特定同一世帯証明
	受付		