

(宛先) 下松市長

国民健康保険資格異動届

市確認欄 (備考欄)

- 月税通知、世帯主宛
- 納付方法 (納付書・口座)
- メンテ有 市民税係へ連絡
- 過誤担当

入力日：令和 年 月 日

届出日：令和 年 月 日

届出人 異動者からみた関係 世帯主 本人 家族 () その他 () 世帯主氏名 届出人と同じ

氏名 電話 (携帯可) 個人番号 被保険者番号

住所 下松市

過年度

年度

【資格取得】

- 01：転入
- 02：社保離脱
- 03：生保廃止
- 04：出生
- 05：職権回復
- 06：国組離脱
- 09：その他開始
- 43：後期離脱 (障害認定撤回)

※ 太枠内のご記入をお願いします。

No.	異動者の氏名 (国民健康保険の手続きを 必要とする方全員)	生年月日	性別	続柄	異動年月日	事由	負担割合	異動区分	保マ 険イ 証ナ	国保喪失後の受診状況、 備考欄 <input type="checkbox"/> 返納金説明
1	昭和 平成 年 月 日 令和 個人番号	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		年 月 日	得喪 他	割	住 学 <input type="checkbox"/> 担当へ <input type="checkbox"/> 後日	有・無・不有・無・不有・無・不有・無・不	
2	昭和 平成 年 月 日 令和 個人番号	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		年 月 日	得喪 他	割	住 学 <input type="checkbox"/> 担当へ <input type="checkbox"/> 後日	有・無・不有・無・不有・無・不有・無・不	【資格喪失】
3	昭和 平成 年 月 日 令和 個人番号	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		年 月 日	得喪 他	割	住 学 <input type="checkbox"/> 担当へ <input type="checkbox"/> 後日	有・無・不有・無・不有・無・不有・無・不	11：転出
4	昭和 平成 年 月 日 令和 個人番号	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		年 月 日	得喪 他	割	住 学 <input type="checkbox"/> 担当へ <input type="checkbox"/> 後日	有・無・不有・無・不有・無・不有・無・不	12：社保加入
5	昭和 平成 年 月 日 令和 個人番号	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女		年 月 日	得喪 他	割	住 学 <input type="checkbox"/> 担当へ <input type="checkbox"/> 後日	有・無・不有・無・不有・無・不有・無・不	13：生保開始

他保の 状況 / 確認 方法	保険者名	協会けんぽ・船員 健保・国組・共済	被扶養者氏名	認・除 年月日	交付	<input type="checkbox"/> 窓口 月 日 書 知 認 特 <input type="checkbox"/> 郵送 月 日 書 知 認 特	回収	<input type="checkbox"/> 回収 月 日 書 知 認 特 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 破棄依頼 <input type="checkbox"/> スタンプ押印 月 日	21：転居
	保険者No.			年 月 日 認・除					22：世帯分離
	記号	番号		年 月 日 認・除	制度	<input type="checkbox"/> 葬祭費(国保・後期) <input type="checkbox"/> 条例減免 <input type="checkbox"/> 月中 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 <input type="checkbox"/> 非自発的失業者 <input type="checkbox"/> 担当へ <input type="checkbox"/> 後日 <input type="checkbox"/> 説明済			23：世帯合併
	被保険者氏名			年 月 日 認・除		<input type="checkbox"/> 産前産後			24：世帯主変更
	得・喪 年月日	年 月 日 得・喪		年 月 日 認・除	処理欄	受付	年金係	所得申告	国保係 (確認印)

事業所等の
名称、連絡先 電話：

資格喪失証明書 資格確認書
 資格取得証明書 資格情報のお知らせ
 離職票 社保等確認(担 様) 事業所確認(担 様)
 退職証明書 情報連携 その他 ()

本人
確認
 免許証 2点確認
 個人番号カード ()
 その他 ()

CPAD入力 () CPAD
担当者 () メンテ後
(確認印)