

## 国民健康保険 被保険者異動届書

(APPLICATION FOR THE NATIONAL HEALTH INSURANCE)

文京区長 殿

※※

個人番号の記載のない、太枠内だけ黒のボールペンで強く記入してください。

又は確認書類が提示できない場合は職員が調査の上記載します。

届出(受付)年月日 (Date of Application)	記入する日付 (Year・Month・Day)
文京区春日 1-16-21	

住所 (Address of notifier)

電話(Tel)

03(5803)1192

適用異動年月日

記入する人

氏名 (Name of notifier)

文京 太郎

世帯主との関係

本人同一世帯人(夫・妻・子・その他)代理人委任状確認□

事由	□ 退職した	<input type="checkbox"/> 社保	□ 転入	□ 国外転入
入	□ 雇用形態が変わった	<input type="checkbox"/> 国保組合	□ 出生	□ 喪失取消
	□ 扶養からはずれた			□ 生保廃止

喪失	<input checked="" type="checkbox"/> 社保に入った	□ 認定喪失
	<input type="checkbox"/> 国保組合に入った	□ 職権喪失
	<input type="checkbox"/> 生保開始	□ ライフ取消

現住所

同上

1月1日  
現在の住所上の住所と世帯主の住所が  
異なる場合は記入してください。1 現住所  
3 その他

世帯主	フリガナ ブンキョウ タロウ
	氏名 (Householder's Name)
	文京 太郎
	個人番号
	□□□□□□□□□□□□□□

新しく加入した健康保険の組合名が「××健康保険組合」のときは「社保に入った」、「××国保組合」又は自治体の国保のときは「国保組合に入った」に✓をつけてください。

加入又は喪失する人	フリガナ 氏名 (Name of applicant)	生年月日 (Date of birth)	性別 (Sex)	世帯主との続柄	個人番号カードの健康個人
	ブンキョウ タロウ	昭・平・令・西暦 60・1・1	男/M 女/F	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	文京 太郎	昭・平・令・西暦 60・1・1	男/M 女/F	妻	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	ブンキョウ ハナコ	昭・平・令・西暦 元・3・3	男/M 女/F	子	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
文京 花子	昭・平・令・西暦 元・3・3	男/M 女/F		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
ブンキョウ イチロウ	昭・平・令・西暦 2・5・5	男/M 女/F		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
文京 一郎	西暦 2・5・5			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	

国保をやめたい方全員の氏名・生年月日・性別・世帯主との続柄・個人番号を記入してください。

加入	喪失	確認	受付	前記号・番号 ( )
新規	全部			
追加	一部			
記号番号				

## 【喪失手続き用 記入例】

※記入例で黒くなっている箇所は、区使用欄です。

「擬」は擬制世帯主のことです。世帯主が国保の被保険者でないが同じ世帯に国保の加入者がいる場合、その世帯主は擬制世帯主となります。「普」は普通世帯主のことです。

ました。

日