

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

※ ※ 太枠内だけ黒のボールペンで強く記入してください。個人番号の記載のない、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) (Year・Month・Day) 記入する日付		住所 (Address of notifier) 文京区春日 1-16-21		電話(Tel) 連絡先	届出(記入)する方の住所・氏名・連絡先・世帯主との関係を記入してください。	
適用異動年月日		氏名 (Name of notifier) 文京 太郎		世帯主との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯主(夫・妻・子・その他) <input type="checkbox"/> 代理人()		勤務先名 電話番号 ()
事由	<input checked="" type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった <input type="checkbox"/> 扶養からはずれた		<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 喪失取消 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 喪失	国保に加入することになった理由であてはまるものに✓をつけてください。 ※任意継続を喪失した場合は、「退職した」に✓をつけてください。	
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 東京都文京区		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。		氏名 (Householder's Name) 文京 太郎	
1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 2 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 3 その他:		世帯主		扶養認定解除	
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) (昭・平・令・西暦)	性別 (Sex)	世帯主との続柄	個人番号カードの健康保険証利用登録の有無 個人番号	
	ブンキョウ タロウ 文京 太郎	60・1・1	男/M	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	ブンキョウ ハナコ 文京 花子	昭・平・令・西暦 元・3・3	男/M	妻	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		昭・平・令・西暦	男/M		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
国保に加入したい方全員の氏名・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。 ※個人番号が不明の場合、空欄としてください。						
加入	喪失	確認	受付	前記号・番号 ()		
新規	全部			【加入手続き用 記入例】 ※記入例で黒くなっている箇所は、区使用欄です。		
追加	一部					
記号番号				領 証 (receipt) (No.) (枚) を受領しました。 (枚) (pt) 年 月 日		
				□ () 市・区		受取人氏名 (Name)

「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。