

様式第1号  
(あて先)三芳町長

国民健康保険異動届出書

|          |           |       |                                                                                                |                 |     |
|----------|-----------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| 届出日      |           | 年 月 日 |                                                                                                | ※太枠の中を記入してください。 |     |
| 窓口にお越しの方 | 氏名        |       |                                                                                                | 電話番号            | — — |
|          | 住所        |       |                                                                                                |                 |     |
|          | 世帯主からみた関係 |       | <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員( ) <input type="checkbox"/> その他( ) |                 |     |

情報提供ネットワークシステム利用による情報照会の同意欄

情報提供ネットワークシステムを利用し資格の取得・喪失情報を照会することに同意します。  
※資格の取得・喪失に係る添付書類をお持ちの方は記入不要です

氏名:

|    |                                                         |       |  |                                                                                                                                                      |      |                                                                                                                                                               |  |                                           |  |      |        |  |  |  |  |          |       |
|----|---------------------------------------------------------|-------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|------|--------|--|--|--|--|----------|-------|
| 住所 | □同上<br>※記載の住所と本年1月1日の住所が相違する場合は本年1月1日の住所も記入してください。<br>【 |       |  | 世帯主                                                                                                                                                  | 氏 名  |                                                                                                                                                               |  |                                           |  |      |        |  |  |  |  | 被保険者記号番号 |       |
|    | 】                                                       |       |  |                                                                                                                                                      | 個人番号 |                                                                                                                                                               |  |                                           |  |      |        |  |  |  |  |          | —     |
| 1  | フリガナ                                                    |       |  | 世帯主との続柄                                                                                                                                              |      | 職業                                                                                                                                                            |  | マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無<br>(資格喪失時は☑不要) |  | 異動事由 | 取得 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 氏名                                                      | 男・女   |  | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 妻 ( ) |      | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生その他<br><input type="checkbox"/> パート・アルバイト |  |                                           |  |      | 喪失 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 生年月日                                                    | 年 月 日 |  | 個人番号                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                               |  |                                           |  |      |        |  |  |  |  |          |       |
| 2  | フリガナ                                                    |       |  | 世帯主との続柄                                                                                                                                              |      | 職業                                                                                                                                                            |  | マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無<br>(資格喪失時は☑不要) |  | 異動事由 | 取得 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 氏名                                                      | 男・女   |  | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 妻 ( ) |      | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生その他<br><input type="checkbox"/> パート・アルバイト |  |                                           |  |      | 喪失 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 生年月日                                                    | 年 月 日 |  | 個人番号                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                               |  |                                           |  |      |        |  |  |  |  |          |       |
| 3  | フリガナ                                                    |       |  | 世帯主との続柄                                                                                                                                              |      | 職業                                                                                                                                                            |  | マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無<br>(資格喪失時は☑不要) |  | 異動事由 | 取得 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 氏名                                                      | 男・女   |  | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 妻 ( ) |      | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生その他<br><input type="checkbox"/> パート・アルバイト |  |                                           |  |      | 喪失 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 生年月日                                                    | 年 月 日 |  | 個人番号                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                               |  |                                           |  |      |        |  |  |  |  |          | 異動年月日 |
| 4  | フリガナ                                                    |       |  | 世帯主との続柄                                                                                                                                              |      | 職業                                                                                                                                                            |  | マイナナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無<br>(資格喪失時は☑不要) |  | 異動事由 | 取得 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 氏名                                                      | 男・女   |  | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 妻 ( ) |      | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生その他<br><input type="checkbox"/> パート・アルバイト |  |                                           |  |      | 喪失 ( ) |  |  |  |  |          |       |
|    | 生年月日                                                    | 年 月 日 |  | 個人番号                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                                               |  |                                           |  |      |        |  |  |  |  |          | 異動年月日 |

※マイナナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。

|                                                                                                                                                                                          |  |  |  |      |    |      |      |      |    |      |      |     |       |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|----|------|------|------|----|------|------|-----|-------|--|--|--|
| 窓口確認欄                                                                                                                                                                                    |  |  |  | 異動事由 |    |      |      |      |    |      |      | 備考  |       |  |  |  |
| 【取得】<br>□納通の発布時期説明 <input type="checkbox"/> 口座確認(□有(名義人: )/□無)<br>□非自発確認(離職日時点65歳未満)(□該当(申請書等受理)/□非該当/□案内済(後日申請))<br>□旧被扶確認(65歳以上・国組×)(□該当(申請書受理)/□非該当)                                  |  |  |  | 取得   | 1  | 2    | 3    | 4    | 5  | 6    | 7    | 8   |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                          |  |  |  |      | 転入 | 社保離脱 | 国組離脱 | 生保廃止 | 出生 | 社離旧扶 | 認定取消 | その他 |       |  |  |  |
| 【喪失】<br>□税率試算 <input type="checkbox"/> 更正通知交付(□窓口/□郵送/□還付と同封) <input type="checkbox"/> 精算納付書交付 <input type="checkbox"/> 還付<br>□口座確認(□有(名義人: )/□無) <input type="checkbox"/> 喪失後の受診(□有/□無) |  |  |  | 喪失   | 1  | 2    | 3    | 4    | 5  | 6    | 7    | 8   | 担当者印: |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                          |  |  |  |      | 転出 | 社保加入 | 国組加入 | 生保開始 | 死亡 | 後期到達 | 障害認定 | その他 |       |  |  |  |