

# 国民健康保険資格異動届書・申請書

届出日	年 月 日
-----	-------

窓口に 来庁さ れた方	氏名	住所	小城市 町	電話 番号	日中連絡がとれる番号を記入してください - -
-------------------	----	----	-------	----------	----------------------------

世帯主	個人番号	住 定 日	年 月 日
-----	------	-------------	-------

な か っ た 事 由	14 日 以 内 に 届 け	事業所から資格喪失証明書(離職票)が届かなかったため
		任継または家族の扶養に入れるか検討していたため
		自動的に保険証が切り替わると思っていたため
		次の社会保険がすぐに決まると思っていたため
		すぐに国保へ加入する必要がないと思ったため

※遡及加入期間が3ヶ月以上の場合、給付制限する場合があります

被保険者 記号・番号	変更前番号 小城 →
異動日	年 月 日

太わく内を記入してください。

No.	加入(喪失)する方の氏名	生 年 月 日	性別	世帯主 との続柄
1		S・H・R 年 月 日	男・女	
個人番号				
2		S・H・R 年 月 日	男・女	
個人番号				
3		S・H・R 年 月 日	男・女	
個人番号				
4		S・H・R 年 月 日	男・女	
個人番号				
5		S・H・R 年 月 日	男・女	
個人番号				

備考	
----	--

届出内容			
取 得	1 転入	喪 失	1 転出
	2 社保離脱		2 社保加入
	職場退職		3 死亡
	社保扶養喪失		4 生保開始
	任意継続喪失		5 職権喪失
	3 住所設定		6 国組加入
	4 出生		7 後期障害認定
	5 生保廃止		8 その他喪失 ( )
6 職権取得	そ の 他	1 世帯主変更	
7 国組離脱		2 氏名変更	
8 その他取得 ( )		3 転居	
		4 ( )	

届出時確認事項	
<input type="checkbox"/> 社保の扶養・任意継 続はしないか。	<input type="checkbox"/> 会社都合による退職 者ではないか。
<input type="checkbox"/> 国民年金の手続きは 必要ないか。	<input type="checkbox"/> 本人確認 マイナンバーカード・免許証 等

電算入力	保険証	
済 ・ 未了	交付	( 郵送 月 日 )
	回収	未回収

受付者	郵送	/
-----	----	---