

# 国民健康保険被保険者資格異動届

宇佐市長 あて

※太枠の中を記入してください。

旧番号: \_\_\_\_\_

届出年月日		令和 元年 5月 1日	記号番号		0	1	2	3	4	5	6	7
窓口に来た人	住所	大分県宇佐市大字上田1030番地の1										
	ふりがな	うさ たろう	世帯主との続柄		電話番号(昼間の連絡先)							
	氏名	宇佐 太郎	本人		0978-27-8135							
世帯主	住所	<small>※本人による署名の場合、押印の必要はありません。 ※上記の住所と同じ場合は、記入の必要はありません。</small>										
	ふりがな		個人番号									
	氏名		番号確認	本人確認	<small>・個人番号カード ・通知カード ・住基 ・その他</small>							

届出理由	01	出生	02	転入	03	社保離脱	04	社保離脱(扶養)
	05	国組離脱	06	国組離脱(扶養)	07	生保廃止	12	後期非該当
	13	住特例適用	15	喪失取消	23	社保加入	24	社保加入(扶養)
	25	国組加入	26	国組加入(扶養)	27	生保開始	32	後期該当
	34	職権消除	35	取得取消	19	その他( )		

市確認欄 (チェックしてください)									
取得	任意継続しない	確認済	<input type="checkbox"/>	社保扶養になれない	確認済	<input type="checkbox"/>			
	旧被扶養者のとき	入力済	<input type="checkbox"/>	月中国組離脱	入力済	<input type="checkbox"/>			
喪失	国保証での受診は	有・無	国保世帯	+	-	国保人員	+	-	
入力	社会保険情報	入力済	<input type="checkbox"/>	電話番号	入力済		<input type="checkbox"/>		
所得区分		認定証	有・無	受付	処理	点検			
変更があるときは認定証に注意				本庁・安・院 四・長					

下記のとおり届け出ます。

No.	被保険者氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄、職業等	個人番号	番号確認	得喪年月日	理由	保険証	種別	高齢受給者証
①	ふりがな うさ たろう 宇佐 太郎	昭和・平成・令和 元年 5月 1日	男・女	続柄 本人		個人番号カード 通知カード 住基 その他	取得 喪失		窓口 郵送( ) 回収	一般 退本 退扶	窓口 郵送( ) 回収
②	ふりがな	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄 職業		個人番号カード 通知カード 住基 その他	取得 喪失		窓口 郵送( ) 回収	一般 退本 退扶	窓口 郵送( ) 回収
③	ふりがな	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄 職業		個人番号カード 通知カード 住基 その他	取得 喪失		窓口 郵送( ) 回収	一般 退本 退扶	窓口 郵送( ) 回収
④	ふりがな	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄 職業		個人番号カード 通知カード 住基 その他	取得 喪失		窓口 郵送( ) 回収	一般 退本 退扶	窓口 郵送( ) 回収
⑤	ふりがな	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄 職業		個人番号カード 通知カード 住基 その他	取得 喪失		窓口 郵送( ) 回収	一般 退本 退扶	窓口 郵送( ) 回収

備考	<input type="checkbox"/> 転入・転居等に伴い世帯主が変わり自己負担限度額について上限額までの支払回数が0回となることを了承しました。氏名(変更前の世帯主): _____ 印
	<input type="checkbox"/> 入管法別表第一の五関係(特定活動に関する事項)については裏面(確認済の場合はチェックをしてください)
	<input type="checkbox"/> 特定同一世帯(連絡表) <input type="checkbox"/> マイナンバー変更時期: ①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日 ③令和 年 月 日