

加入する場合の記載例

国民健康保険異動届

国保世帯主氏名	朝霞 太郎 印
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

異動事由	A 新規	B 追加	C 包括喪	D 一部喪	E 変更	F 住所変更	G 氏名変更	擬制世帯該当印	被保険者証回収状況																				
被保険者番号(旧)	被保険者番号(新)	適用開始					適用終了					変更						被保険者証回収状況											
届出日	年 月 日	異動事由					変更					年 月 日						<input type="checkbox"/> 後日持参 <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 紛失											
異動日	年 月 日	01	02	04	07	01	02	04	06	07	11	12	14	16	17	20	11	12	14	16	17	20	40	41	51	60	61	62	済
		転入	社保離脱	他国保離脱	生保廃止	転入	社保離脱	他国保離脱	出生	生保廃止	転出	社保加入	他国保加入	死亡	生保開始	その他	転出	社保加入	他国保加入	死亡	生保開始	その他	擬制世帯主取込	消					

現(新)住所は、朝霞市の住所を記載してください。

現(新)住所	朝霞市本町1-1-1 アサカハイツ101					電話	048-463-1111
旧住所						電話	

フリガナ氏名	性別	生年月日	続柄	職業又は勤務先	整理番号 個人番号	適用年月日	異動コード	身分
アサカ タロウ 朝霞 太郎	男	昭和50年 5月 5日	世帯主	農業	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	年 月 日		<input type="checkbox"/> 運転免許書 <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 年金証書及び年金手帳 <input type="checkbox"/> 老人保健医療受給者証 <input type="checkbox"/> 他社保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 出産育児一時金支給 <input type="checkbox"/> 他社保で支給・非該当 <input type="checkbox"/> 葬祭費支給 <input type="checkbox"/> 葬祭費非該当 <input type="checkbox"/> 退職者医療に該当 <input type="checkbox"/> 決議書済 <input type="checkbox"/> 納付書発行済 <input type="checkbox"/> 遡及適用 <input type="checkbox"/> 納税状況 完納・未納・還付あり
アサカ ハナコ 朝霞 花子	女	昭和50年 3月 3日	妻	パート	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	年 月 日		
						年 月 日		
						年 月 日		
						年 月 日		

他の保険が喪失したことにより、朝霞市の国民健康保険に加入する方全員の氏名等を記載してください。なお、個人番号欄の記載がない場合は、保険者側で記載することを予めご了承ください。

電話は、連絡が取れやすい電話番号の記載をお願いします。

添付書類

- ・ 今までの保険の資格喪失証明書等の写し
(朝霞市の国民健康保険に加入する方全員が記載されているもの)
- ・ 本人確認できる書類の写し
本人確認書類(運転免許証、パスポート、または在留カードなど)

資格取得・喪失確認欄	記号	通知書番号等		
	取得年月日	銀行	課長	課長補佐
	所在地	支店	係長	
	会社名	還付先	保険証出力	電算異動
	保険者名	普・当No.	受付	
電話番号等	名義人			