

国民健康保険 被保険者異動届(資格取得・適用開始)

(あて先)那珂川市長

太枠内をご記入ください

世帯主	住所	那珂川市 (アパート・マンション・施設名)		電話番号(自宅・携帯・その他)		
	ふりがな			記号	被保険者証番号(7桁)	
	氏名			な		
下記のとおり届けます。 令和 年 月 日 届出者 1. 世帯主本人 2. 世帯主以外 → 氏名 世帯主との続柄						
異動者全員(世帯主を含む)を記入してください。		ふりがな 氏 名	マイナ保険証	生 年 月 日 個人番号(マイナンバー)	性別	世帯主との続柄
	1		有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	2		有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	3		有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	4		有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	5		有・無	昭・平・令 年 月 日	男・女	

保険者使用欄(備考)

保険者使用欄					
受付者		検認者		入力日	/
異動事由	☐ 協会けんぽ離脱 ☐ 組合離脱 ☐ その他健康保険離脱 ☐ 転入 ☐ 生保廃止 ☐ 施設入所 ☐ その他()				
資格取得日	令和 年 月 日				
非自発的失業軽減	☐ 説明済 ☐ 該当無				
保険税減免	☐ 説明済 ☐ 該当無				
年金 20歳～59歳	☐ 案内済 ☐ 案内無				
ひとり親医療	☐ 案内済 ☐ 案内無				
世帯主の納付・届出義務	☐ 説明済 ☐ 説明未				
口座振替	☐ 説明済 ☐ 申込				
資格確認書	1 2 3 4 5	☐ 即時 ☐ 郵送(/ 発送)			
お知らせ	1 2 3 4 5	☐ 即時 ☐ 郵送(/ 発送)			
未申告者	☐ 有 ☐ 無				
	申告案内	☐ 済 ☐ 未			
即計	☐ 済 ☐ 未				
更正通知	☐ 渡し済 ☐ 郵送				
納付書	☐ 渡し済 ☐ 郵送 ☐ 無				