

# 国民健康保険異動届

※世帯主に通知・課税されます。

届出日 年 月 日

※太線の枠内のみご記入ください。

|     |       |             |          |           |            |          |          |          |                                     |     |      |   |
|-----|-------|-------------|----------|-----------|------------|----------|----------|----------|-------------------------------------|-----|------|---|
| 現住所 | 氏世帯主名 |             | 個人番号 ( ) |           | 窓口に<br>来た人 | 氏名       | 電話番号 ( ) |          | 続柄                                  |     |      |   |
|     | 旧住所   | 旧氏世帯主名      |          | □上記世帯主と同じ |            |          | 住所       | □現住所に同じ  |                                     |     |      |   |
| No. |       | フリガナ (個人番号) |          | 生年月日      | 性別         | 続柄       |          | 職業       | マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は不要) |     | 本人確認 | <input checked="" type="checkbox"/> カード・ <input type="checkbox"/> 免許証・ <input type="checkbox"/> パスポート・ <input type="checkbox"/> 在留カード・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|     | 異動者氏名 |             | 年 月 日    |           |            |          | 男・女      |          | □有 □無                               | 異動日 |      | 年 月 日   |
| 1   | ( )   |             |          | 年 月 日     | 男・女        | □有 □無    |          | 届出事由     |                                     |     |      |   |
|     | ( )   |             | 取得       |           |            |          | 喪失       | その他変更    |                                     |     |      |   |
| 2   | ( )   |             | 年 月 日    | 男・女       | □有 □無      | □転入      | □転出      | □世帯合併    |                                     |     |      |   |
|     | ( )   |             |          |           |            | □国外転入    | □国外転出    | □世帯分離    |                                     |     |      |   |
| 3   | ( )   |             | 年 月 日    | 男・女       | □有 □無      | □社保離脱    | □社保加入    | □町内転居    |                                     |     |      |   |
|     | ( )   |             |          |           |            | □生保廃止    | □生保開始    | □氏名変更    |                                     |     |      |   |
| 4   | ( )   |             | 年 月 日    | 男・女       | □有 □無      | □出生      | □死亡      | □世帯主変更   |                                     |     |      |   |
|     | ( )   |             |          |           |            | □職権取得    | □職権喪失    | □続柄変更    |                                     |     |      |   |
| 5   | ( )   |             | 年 月 日    | 男・女       | □有 □無      | □その他 ( ) | □その他 ( ) | □その他 ( ) |                                     |     |      |   |
|     | ( )   |             |          |           |            | 備考       |          |          |                                     |     |      |   |

|            |                |                           |   |   |     |  |    |    |     |  |
|------------|----------------|---------------------------|---|---|-----|--|----|----|-----|--|
| 資格<br>確認書等 | 発行             | 有・無                       | <b>●確認事項</b><br><input type="checkbox"/> 任意継続説明済<br><input type="checkbox"/> 病院受診(有・無)<br><small>医科・薬局・柔整・歯科・訪問</small><br><input type="checkbox"/> 遅延理由書記入(有・無)<br><small>(国保加入前に受診し、14日過ぎて届出した方)</small><br><input type="checkbox"/> 病院でのマイナ保険証等提示の説明<br><input type="checkbox"/> 返納金説明<br><input type="checkbox"/> 保険者間調整(有・無)<br><input type="checkbox"/> 世帯構成変更(有・無)<br><input type="checkbox"/> 世帯主変更(有・無)<br><input type="checkbox"/> 簡易申告書記入<br><small>今年度(有・無) 前年度(有・無)</small><br><input type="checkbox"/> 限度額区分・高齢受給者区分の情報連携 | <input type="checkbox"/> マル学・マル遠対象者(有・無)<br><input type="checkbox"/> 出産育児一時金(有・無)<br><input type="checkbox"/> 葬祭費(有・無)<br><input type="checkbox"/> 非自発的関連説明(該当・非該当)<br><input type="checkbox"/> 特定同一世帯・旧被扶養(該当・非該当)<br><input type="checkbox"/> 世帯主に通知・課税の案内<br><input type="checkbox"/> 既存口座情報(有・無)<br><input type="checkbox"/> 子ども医療・母子父子・重心の案内<br><input type="checkbox"/> 年金案内(有・無)<br><small>(社保離脱:20歳以上60歳未満の本人、被扶養者の配偶者)</small><br><input type="checkbox"/> 受診券案内(有・無)<br><input type="checkbox"/> 納付書発行(有・無)<br><input type="checkbox"/> 還付(有・無)<br><input type="checkbox"/> 分契(有・無) | 入力  |  | 担当 |    |     |  |
|            | 交付             | 届出日と異なる場合のみ交付日記入<br>年 月 日 |   |   | 済・未 |  | 資格 | 給付 | 保険税 |  |
|            | 訂正             | 年 月 日                     |   |   |     |  |    |    |     |  |
|            | 回収             | 年 月 日                     |   |   |     |  |    |    |     |  |
| 受取人署名      | 資格確認書等を受領しました。 |                           |   | 西 国 -   |     |  |    |    |     |  |

## マイナポータルを用いた加入保険確認

加入している健康保険の資格情報を下記へ記入してください。

|                          |   |   |    |   |
|--------------------------|---|---|----|---|
| 記号・番号                    | 記号  |   | 番号 |   |
| 保険者番号                    |   |   |    |   |
| 保険者名称                    |   |   |    |   |
| フリガナ                     |   |   |    |   |
| 名義人                      |   |   |    |   |
| 資格取得<br>年月日              |   | 年 | 月  | 日 |
| 利用者証明用<br>電子証明書の<br>有効期限 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |   |    |   |

### 注意事項

- 健康保険の資格情報を記入後、担当職員がマイナポータルにある健康保険資格情報と利用者証明用電子証明書の有効期限を確認します。
- マイナポータルに記載されている健康保険資格情報に誤りがないかはご自身で確認をお願いします。

当てはまるものに  
○を付けてください

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| 1. マイナンバーカードを保有している                  | (はい・いいえ) |
| 2. マイナンバーカードに健康保険証の利用登録をしている         | (はい・いいえ) |
| 3. マイナンバーカードの利用者証明用電子証明書の有効期限が切れていない | (はい・いいえ) |

### 担当確認事項

- 上記の項目に全てチェックがついている場合には、「資格情報のお知らせ」を交付する。
- 上記の項目のいずれかにチェックがついていない場合には、「資格確認書」を交付する。
- 上記「3」の項目にチェックがついていない場合には、電子証明書の更新確認を行う。