

# 国民健康保険被保険者異動届 ( 資格喪失 ・ 適用終了 )

(あて先)福岡市 区長

世帯主	現住所	福岡市 区 <small>(アパート・マンション・施設名)</small>	職業	記号	番号 ( 8 桁 )				
	フリガナ		電話番号(自宅・携帯・その他)	確認事項					
	氏名		個人番号(マイナンバー)		番号確認	カード (主 1 2 3 4 5)	通知・住民票 (主 1 2 3 4 5)	オンライン (主 1 2 3 4 5)	身元確認
下記のとおり届けます。 令和 年 月 日			擬制世帯主	<input type="checkbox"/> 納付・届出義務について確認済					
			(理由)	所得制限 雇用保険受給 その他 ( )					
異動者全員(世帯主を含む)を記入してください。	フリガナ	生年月日	世帯主との続柄	医療助成	資格喪失・適用終了・変更 (全部・一部)	代理権	委任状 カード 保険証 その他 ( )		
	氏名	個人番号(マイナンバー)		子障ひ	転出国内	所得	判明 税申告案内 簡易申告(済・干) 他市照会		
	1	昭平令 年 月 日		子障ひ	社保加入	通知発行	済(手渡・干) バッチ		
	2	昭平令 年 月 日		子障ひ	国保組合加入	変更月	年度 月期 年度 月期		
	3	昭平令 年 月 日		子障ひ	死亡	納付方法	口座 納付書 特徴		
	4	昭平令 年 月 日		子障ひ	転出国外	納付状況	完納 未納(収納 後日) 還付		
	5	昭平令 年 月 日		子障ひ	生活保護開始	口座停止	要 不要 説明済		
		昭平令 年 月 日		子障ひ	国籍喪失	引抜依頼	要 (納通 決通 督促状)・説明済・不要		
		昭平令 年 月 日		子障ひ	職権喪失	減免	該当(済 後日) 非該当		
		昭平令 年 月 日		子障ひ	後期高齢加入	非自発	該当(済 後日) 非該当		
健康保険認定年月日	令和 年 月 日	他の健康保険の資格取得日以降に福岡市の国民健康保険証を使って医療機関等を受診している場合、新しい健康保険の加入情報を、福岡市から医療機関等に提供することについて同意します。		区間異動・世帯等の相	東・博・中・南	産前産後			
被保険者死亡年月日	令和 年 月 日			手先記号番号	城・早・西・西部 ( )	該当(済 後日) 非該当			
転出先住所				生保開始	ケース番号	令和 年 月 日 担当			
(届出が世帯主以外の場合)				異動年月日		受付	電算入力	被保険者証	
氏名 (世帯主との続柄 )				受付年月日				回収 返却 紛失	送付 交付

※ 太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。

口頭確認( ) R06.01

**(記入例) 太枠の中の必要な部分だけ記入してください。**

**国民健康保険被保険者異動届 ( 資格喪失 ・ 適用終了 )**

(あて先)福岡市 区長

世帯主	現住所	福岡市 中央 区 天神1丁目8-1-101号 <small>(アパート・マンション・施設名)</small> 福岡コーポA棟		職業	自営業		記号	番号 ( 8 桁 )									
	フリガナ 氏名	フクオカ タロウ 福岡 太郎		電話番号(自宅・携帯・その他)	090-XXXX-XXXX		1	2	3	4	5	6	7	8			
世帯主	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		擬制世帯主	<input type="checkbox"/> 納付・届出義務について確認済		番号確認	国民健康保険証の記号番号									
	氏名	福岡 太郎		所得制限	雇用保険受給		身	国民健康保険証の世帯主の住所、氏名、職業、電話番号、個人番号を記入してください。									
下記のとおり届けます。 令和 5年 1月 16日				(理由)	その他 ( )		確認										
異動者全員(世帯主を含む)を記入してください。	フリガナ 氏名	生年月日		世帯主との続柄	医療助成	資格喪失・適用終了・変更 (全部・一部)	代理権										
	1	フクオカ タロウ 福岡 太郎	昭平令 50年 5月 1日		本人	子障ひ	転出国内	通知発行	済(手渡・干) パッチ								
	2	フクオカ ハナコ 福岡 花子	昭平令 52年 7月 1日		妻	子障ひ	社保加入	後日) 還付	年度 月期								
	3		昭平令 年 月 日			子障ひ	国籍喪失	引抜依頼	要(納通 決通 督促状)・説明済・不要								
	4		昭平令 年 月 日			子障ひ	職権喪失	減免	該当(済 後日) 非該当								
5		昭平令 年 月 日			子障ひ	後期高齢加入	非自発	該当(済 後日) 非該当									
健康保険認定年月日		令和 年 月 日	他の健康保険の資格取得日以降に福岡市の国民健康保険証を使って医療機関等を受診している場合、新しい健康保険の加入情報について同意します。		区間異動・世分等の相 手先記号番号	東・博・中・南 城・早・西・西部	産前産後		該当(済 後日) 非該当								
被保険者死亡年月日		令和 年 月 日			生保開始	ケース番号	令和 年 月 日 担当										
転出先住所				異動年月日		受付	電算入力	被保険者証 回収 返却 紛失 送付 交付									
(届出が世帯主以外の場合)		氏名		(世帯主との続柄)	受付年月日												

※ 太枠の中の必要な部分だけ記入してください。

口頭確認( ) R06.01