

国民健康保険被保険者異動届(資格取得・適用開始・変更)

(あて先)福岡市 区長

世帯主(納付義務者)	現住所 福岡市 区 (アパート・マンション・施設名)	職業		記号									番号(9桁)							
		電話番号(自宅・携帯・その他)																		
	国保世帯主の変更の有無		有 無		資格取得・適用開始(全部・一部)									変更						
	フリガナ 氏名	印	個人番号 (マイナンバー)	<input type="checkbox"/> 納付・届出義務について確認済 <input type="checkbox"/> 所得制限 雇用保険受給 その他()									県外転入	生保廃止	出生	区間異動				
下記のとおり届けます。平成 年 月 日			(理由)	確認事項 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)									市外転入	世帯合併	入国	区内転居				
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 個人番号(マイナンバー)		個人番号変更有無 有の場合変更時期	性別	世帯主との続柄	医療助成	国組離脱 世帯分離 後期離脱 その他 身元確認 カード 免許 旅券 障手帳 在カ 保険証 年金 住民票 戸籍 通知書 喪失証明書 その他()												
	1	昭平	年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	代理権	委任状 その他()											
	2	昭平	年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	任継	しない 非該当 満了 切れ											
	3	昭平	年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	住歴	有 無 加入歴 有() 無											
	4	昭平	年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	未納	有(収納後日) 無 証区分 長 B A 資											
	5	昭平	年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	所得	申告済 所報受付(済・干) 他市照会 年度											
今年1月1日現在の住所		備考		生保廃止									ケース番号				平成 年 月 日 担当			
昨年1月1日現在の住所		世分・世併等の相手先記号番号		(賦課区)																
旧住所		異動年月日		受付									電算入力				被保険者証 作成・訂正 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																		

※ 太ワクの中の必要な部分だけ記入してください(世帯主が記入する場合は、押印の必要はありません)。 口頭確認() H30.7
 ※ 障害者支援施設等に入所または入院中(介護保険適用除外施設への入所)の方は届出をしてください(40歳~64歳のみ)。

(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(資格取得・適用開始・変更)

(あて先)福岡市 区長

世帯主 (納付義務者)	現住所	福岡市 中央 区 天神1丁目8-1-101号 (アパート・マンション・施設名) 福岡コーポA棟		職業	自営業		記号	番号(9桁)									
	フリガナ	フクオカ タロウ		電話番号(自宅・携帯・その他)	090-XXXX-XXXX		資格取得・適用開始(全部・一部)	変更									
氏名	福岡 太郎	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	県外転入	国民健康保険の世帯主の住所、氏名、職業、電話番号、個人番号を記入してください。									異動 転居 変更			
フリガナ	福岡 太郎	印		納付・届出義務について確認済										国組離脱			
氏名	福岡 太郎	擬制世帯主		所得制限 雇用保険受給 その他()										世帯分離 後期離脱 その他			
下記のとおり届けます。平成 30年 5月 7日				(理由)										確認事項			
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		個人番号変更有無	性別	世帯主との続柄	医療助成	番号	カード (主 1 2 3 4 5)								
	氏名	個人番号(マイナンバー)		有の場合変更時期				確認	通知・住民票 (主 1 2 3 4 5)								
	1	フクオカ タロウ	昭平 50年 5月 1日	有 無	男	本人	子障ひ	身元	オンライン (主 1 2 3 4 5)								
	2	福岡 太郎	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	H30年5月1日	女			確認	カード 免許 旅券 障手帳 在カ								
	3	フクオカ ハナコ	昭平 52年 7月 1日	有 無	男	妻	子障ひ	代理	保険証 年金 住民票 戸籍 通知書								
	4	福岡 花子	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	年月日	女			任	喪失証明書 その他()								
5		昭平 年 月 日	有 無	男			住) 無									
6		年 月 日	有 無	男			未) 無									
7		年 月 日	有 無	男			所得	申告済・税案内・所報受付(済・干)・他市照会 年度									
8		年 月 日	有 無	男			保険料	説明済 未 減免 済 説明済 未									
9		年 月 日	有 無	男			非自発	該当(済 後日) 非該当 説明済 再適用									
10		年 月 日	有 無	男			口座	済(ペ 他) 渡 干 継 廃 否 納付相談									
11		年 月 日	有 無	男			郵送方法	普通 簡易書留(更新毎・今回のみ)									
12		年 月 日	有 無	男			取得証明	交付済 通知発行 済 バッチ									
13		年 月 日	有 無	男			旧国保	済 非該当 70調査票 済 非該当									
14		年 月 日	有 無	男			限度額	済 区分変更 特定疾病 済 区分変更									
15		年 月 日	有 無	男				国民年金 案内済 不要									
16	今年1月1日現在の住所	備考		生保廃止	現住所と違う場合は記入してください。									担当			
17	昨年1月1日現在の住所	世分・世併等の相手先記号番号		賦課区													
18	旧住所	異動年月日		住所を変更をした方は転入前の住所を記入してください									被保険者証 作成・訂正 送付・交付				
19	(届出が世帯主以外の場合)			受付年月日													
20	氏名	(世帯主との続柄)															

※ 太枠の中の必要な部分だけ記入してください(世帯主が記入する場合は、押印の必要はありません)。 口頭確認() H30.7
 ※ 障害者支援施設等に入所または入院中(介護保険適用除外施設への入所)の方は届出をしてください(40歳~64歳のみ)。