

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	個人番号 (マイナンバー)	電話番号(自宅・携帯・その他)	確認事項					
	氏名	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	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)				
下記のとおり届けます。 令和 年 月 日			(理由)	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 他保証 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			
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。		子障ひ	国籍喪失	引抜依頼	要 (納通 決通 督促状) ・ 説明済 ・ 不要		
被保険者死亡年月日	令和 年 月 日			子障ひ	職権喪失	減免	該当 (済 後日) 非該当		
転出先住所				子障ひ	後期高齢加入	非自発	該当 (済 後日) 非該当		
(届出が世帯主以外の場合)				子障ひ	その他(喪失)	旧国保	該当 (済 説明済) 非該当		
氏名		(世帯主との続柄)		子障ひ	世帯合併	限度額	有 (回収 返却依頼 紛失) 無 区分変更		
				子障ひ	世帯分離	特定疾病	有 (回収 返却依頼 紛失) 無 区分変更		
				子障ひ	世帯員変更	葬祭費	該当 (済 説明済) 非該当		
				子障ひ	転居	国民年金	案内済 (死亡 生保 その他) 不要		
				子障ひ	区間異動	遡及喪失	喪失後受診ちらし (説明済 交付) 不要		
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 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	
(届出が世帯主以外の場合)				受付年月日				回収 返却 紛失	送付 交付
氏名		(世帯主との続柄)							

※ 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		個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		電話番号(自宅・携帯・その他)	090-XXXX-XXXX							
下記のとおり届けます。 令和 5年 1月 16日				擬制世帯主 (理由)	□ 納付・届出義務について確認済 所得制限 雇用保険受給 その他 ()		番号確認	国民健康保険証の記号番号							
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 所得	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。							
	1	フクオカ タロウ 福岡 太郎	昭平令 50年 5月 1日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		本人	子障ひ	転出国内 通知発行	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。							
	2	フクオカ ハナコ 福岡 花子	昭平令 52年 7月 1日 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		妻	子障ひ	転居 通知発行	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。							
	3		昭平令 年 月 日			子障ひ	転居 通知発行	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。							
	4		昭平令 年 月 日			子障ひ	転居 通知発行	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。							
	5		昭平令 年 月 日			子障ひ	転居 通知発行	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。							
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 年月日	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)															

※ 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