

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 (アパート・マンション・施設名) | 職業 | 記号 | 番号 (9 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 | 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 () |
| 下記のとおり届けます。 令和 年 月 日 | | | 擬制世帯主 (理由) | <input type="checkbox"/> 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 () | | | | | | |
| 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 (全部・一部) | 代理権 | 委任状 保険証 その他 () | | | |
| | 氏名 | 個人番号 (マイナンバー) | | 子障ひ | 県外転出 | 所得 | 判明 税申告案内 所報受付 (済・干) 他市照会 | | | |
| | 1 | 昭平令 年 月 日 | | 子障ひ | 市外転出 | 通知発行 | 済 (手渡・干) バッチ | | | |
| | 2 | 昭平令 年 月 日 | | 子障ひ | 社保加入 | 変更月 | 年度 月期 年度 月期 | | | |
| | 3 | 昭平令 年 月 日 | | 子障ひ | 組合加入 | 納付方法 | 口座 納付書 特徴 | | | |
| 4 | 昭平令 年 月 日 | | 子障ひ | 生保開始 | 納付状況 | 完納 未納 (収納 後日) 還付 | | | | |
| 5 | 昭平令 年 月 日 | | 子障ひ | 世帯合併 | 口座停止 | 要 不要 説明済 | | | | |
| | | | | 子障ひ | 世帯変更 | 引抜依頼 | 要 (納通 決通 督促状) ・説明済・不要 | | | |
| | | | | 子障ひ | 世帯分離 | 減免 | 該当 (済 後日) 非該当 | | | |
| | | | | 子障ひ | 死亡 | 非自発 | 該当 (済 後日) 非該当 | | | |
| | | | | 子障ひ | 出国 | 旧国保 | 該当 (済 説明済) 非該当 | | | |
| | | | | 子障ひ | 職権消除 | 限度額 | 有 (回収 返却依頼 紛失) 無 区分変更 | | | |
| | | | | 子障ひ | 後期加入 | 特定疾病 | 有 (回収 返却依頼 紛失) 無 区分変更 | | | |
| | | | | 子障ひ | 世帯主変更 | 葬祭費 | 該当 (済 説明済) 非該当 | | | |
| | | | | 子障ひ | 普主→擬主 | 国民年金 | 案内済 (死亡 生保 その他) 不要 | | | |
| | | | | 子障ひ | その他 | 遡及喪失 | 喪失後受診らし (説明済 交付) 不要 | | | |
| 健康保険認定年月日 | 平成・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。 | | 世分・世併等の相手先記号番号 | 賦課区 () | | | | | |
| 被保険者死亡年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | 生保開始 | ケース番号 | 平成・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) | | | | 受付年月日 | | | | | | |
| 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(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 () R015

(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 (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 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 | 9 | | | | |
| 主 | フリガナ | フクオカ タロウ | | 個人番号 (マイナンバー) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | | | |
| | 氏名 | 福岡 太郎 | | 擬制世帯主 | <input type="checkbox"/> 納付・届出義務について確認済 | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記のとおり届けます。 令和 元年 5月 7日 | | | | (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 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 (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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | 本人 | 子障ひ | 県外転出 | 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 昭 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 | | 妻 | 子障ひ | 市外転出 | 年度 | 月期 | | | | | | | | | | |
| | 3 | | 昭平令 年 月 日 | | | 子障ひ | 世帯変更 | 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 | 世帯分離 | 減免 | 該当 (済 後日) 非該当 | | | | | | | | | | |
| 5 | | 昭平令 年 月 日 | | | 子障ひ | 死亡 | 非自発 | 該当 (済 後日) 非該当 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 出国 | 旧国保 | 該当 (済 説明済) 非該当 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 職権消除 | 限度額 | 有 (回収 返却依頼 紛失) 無 区分変更 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 後期加入 | 特定疾病 | 有 (回収 返却依頼 紛失) 無 区分変更 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 世帯主変更 | 葬祭費 | 該当 (済 説明済) 非該当 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 普主→擬主 | 国民年金 | 案内済 (死亡 生保 その他) 不要 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | その他 | 遺及喪失 | 喪失後受診らし (説明済 交付) 不要 | | | | | | | | | | | |
| 健康保険認定年月日 | 平成・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。 | | | | 世分・世併等の相手先記号番号 | 賦課区 () | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者死亡年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | 生保開始 | ケース番号 | 平成・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) | | | | | | 受付年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | (世帯主との続柄) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

国民健康保険証の記号番号

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。

手続きが必要な方全員 (世帯主を含む) の氏名、生年月日、個人番号、性別、世帯主との続柄を記入してください。

※ 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 () R015