

# 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)				
	フリガナ 氏名	国保世帯主の変更の有無	有 無	電話番号(自宅・携帯・その他)	資格取得・適用開始(全部・一部)			変更	
		個人番号 (マイナンバー)			県外転入	生保廃止	出生	区間異動	
	擬制世帯主	□ 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( )	市外転入	世帯合併	入国	区内転居	
下記のとおり届けます。 令和 年 月 日			(理由)	国組離脱	世帯分離	後期離脱	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	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	確認事項		
	1	昭平令 年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	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)	
	2	昭平令 年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	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( )	
	3	昭平令 年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	代理 任継	委任状 その他( ) しない 非該当 満了 切れ	
	4	昭平令 年 月 日	有 無 年 月 日	男 女		子障ひ	住歴	有 無 加入歴 有( ) 無 未納 有(収納後日) 無 証区分 長 B A 資	
	5	昭平令 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 保険料 説明済 未 減免 済 説明済 未	
							非自発	該当(済 後日) 非該当 説明済 再適用 口座 済(ペ 他) 渡 干 継 廃 否 納付相談	
							郵送方法	普通 簡易書留(更新毎・今回のみ)	
							取得証明	交付済 通知発行 済 パッチ 旧国保 済 非該当 70調査票 済 非該当	
							限度額	済 区分変更 特定疾病 済 区分変更 旧被扶 済 非該当 国民年金 案内済 不要	
今年1月1日 現在の住所			備考	生保廃止 ケース番号 平成・令和 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)			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。

※ 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(39歳~64歳のみ)。

口頭確認( )

**(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。																	
	下記のとおり届けます。 令和 元年 5月 7日		擬制世帯主	<input type="checkbox"/> 納付・届出義務について確認済												市外転入	異動																	
			(理由)	所得制限 雇用保険受給 その他( )												社保離脱	転居																	
																国組離脱	変更																	
																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)																	
																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( )																	
																代理任	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、																	
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																											
	氏名	個人番号(マイナンバー)		有の場合変更時期																														
	1	フクオカ タロウ	昭平令 50年 5月 1日	有 無	男	本人	子障ひ																											
		福岡 太郎	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	H30年5月1日		女																												
	2	フクオカ ハナコ	昭平令 52年 7月 1日	有 無	男	妻	子障ひ																											
	福岡 花子	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	年月日		女																													
3		昭平令 年 月 日	有 無	男		子障ひ																												
		年月日		女																														
4		令 年 月 日	有 無	男		子障ひ																												
		年月日		女																														
5		昭平令 年 月 日	有 無	男		子障ひ																												
		年月日		女																														
今年1月1日現在の住所			備考	現住所と違う場合は記入してください。														非該当																
昨年1月1日現在の住所			生保廃止	ケース番号														平成・令和 年 月 日 担当																
旧住所			世分・世併等の相手先記号番号	( 賦課区 )																														
(届出が世帯主以外の場合)			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																
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( )

※ 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(39歳~64歳のみ)。