

国民健康保険異動届

あて先 東金市長

受付年月日
届出日 令和 年 月 日

世帯番号

※個人番号の記入
が難しい場合は
空欄で構いません

個人番号

届出人	氏名	1 本人	3 その他 関係 ()	届出人確認
	※署名してください			免許証・マイナカード・資格確認書 パスポート・在留カード・その他 ()
	電話番号	2 同世 帶員	住所	

(2025.2)

郵送による国民健康保険の加入・脱退用
※灰色部分についてご記入ください

住所	千葉県東金市	(かたがき・アパート名)	世帯主名
----	--------	--------------	------

No.	フリガナ		生年月日	性別	マイナ登録	続柄	国民年金			国保資格	後期	介護受給	得喪年月日	点検	
	氏	名					資格	種別	基礎年金番号						
1			昭・平・令 ・	男・女	有・無		有・無	1号		有・無	有・無	1・2	有・無	年国介	受付
2			昭・平・令 ・	男・女	有・無		有・無	1号		有・無	有・無	1・2	有・無	年国介	入力
3			昭・平・令 ・	男・女	有・無		有・無	1号		有・無	有・無	1・2	有・無	年国介	確認
4			昭・平・令 ・	男・女	有・無		有・無	1号		有・無	有・無	1・2	有・無	年国介	
5			昭・平・令 ・	男・女	有・無		有・無	1号		有・無	有・無	1・2	有・無	年国介	
6			昭・平・令 ・	男・女	有・無		有・無	1号		有・無	有・無	1・2	有・無	年国介	

備考欄

マイナンバーカードの保険証利用登録の
有無に応じて○をご記入ください

□下記事項は別紙のとおり

取得年月日	(社保・国組)	年 月 日
退職(喪失)年月日	(社保・国組)	年 月 日
勤務先	所在地	
名称		
資格区分	被保険者・組合員	被扶養者
被保険者記号番号		

案内	収税課・課税課・市民課 子育て支援課・健康増進課・資料
国保	発行物・確認書・お知らせ・特別 高齢者負担割合 2割・3割 子ども医療 有・無 発行物回収 回収・未回収 資格喪失後受診 有・無・不明

確認 証明書・資格確認書・お知らせ・情報連携
年金記録・電話確認・その他()

決裁
国保
後期
年金