

国民健康保険異動届

あて先 東金市長

(2025. 2)

受付年月日  
. .

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

届出日 令和 年 月 日

住所 千葉県東金市 (かたがき・アパート名) 世帯主名

届出人 氏名 1 本人 3 その他 関係 ( ) 2 同世帯員 住所 電話番号 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 ( ) 届出人確認

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

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 高齢	後期 資格	介護 受給	得喪年月日			
	氏	名					資格 種別	基礎年金番号				年	年	月	日
1			昭・平・令 . .	男・女	有・無		有・無	1号	有・無	有・無	有・無	1	有・無	年	年
							任意					2	有・無	月	日
2			昭・平・令 . .	男・女	有・無		有・無	1号	有・無	有・無	有・無	1	有・無	年	年
							任意					2	有・無	月	日
3			昭・平・令 . .	男・女	有・無		有・無	1号	有・無	有・無	有・無	1	有・無	年	年
							任意					2	有・無	月	日
4			昭・平・令 . .	男・女	有・無		有・無	1号	有・無	有・無	有・無	1	有・無	年	年
							任意					2	有・無	月	日
5			昭・平・令 . .	男・女	有・無		有・無	1号	有・無	有・無	有・無	1	有・無	年	年
							任意					2	有・無	月	日
6			昭・平・令 . .	男・女	有・無		有・無	1号	有・無	有・無	有・無	1	有・無	年	年
							任意					2	有・無	月	日

点検 受付 入力 確認

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

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 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