

国民健康保険被保険者異動届

書類番号 /	受付	入力	確認	世帯区分 普・擬
-----------	----	----	----	-------------

※
太
枠
内
に
ご
記
入
く
だ
さ
い

No.	フリガナ 氏名 個人番号		生年月日 S H R 年 月 日	世帯主との続柄	性別 男・女	マイナ保険証保有状況 ※国保脱退手続き時は <input checked="" type="checkbox"/> 不要	異動年月日	事由	前番号	個人証判定区分 *対応数字を表記	資格 確認書	高齢 受給者証	回収・未回収 回収期限訂正	発行番号	付箋 情報
	宛名番号	理由					後番号								
1			S H R 年 月 日		男・女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	・				通 常 未	割 郵・窓	/		
2			S H R 年 月 日		男・女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	・				通 常 未	割 郵・窓	/		
3			S H R 年 月 日		男・女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	・				通 常 未	割 郵・窓	/		
4			S H R 年 月 日		男・女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	・				通 常 未	割 郵・窓	/		
5			S H R 年 月 日		男・女	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	・				通 常 未	割 郵・窓	/		

住所 氏名		
世帯主 主履歴	新	旧
電話番号 世帯番号		

資格確認書交付 (マイナ保険証【無】)	有 (窓口・郵送) 対象者 () 無 交付日 (/)
資格情報のお知らせの交付 (マイナ保険証【有】)	有 (窓口・郵送) 対象者 () 無 交付日 (/)

記号 番号	柏国
国保 番号	

変更した証	4: 限度額適用認定証 5. 6: 限度額・減額認定証 7: 特定疾病療養受療証	認定印
-------	--	-----

人数 増減	→
----------	---

備考欄

マイナ保険証の保有不明の場合のみ
短期の資格確認書の交付 (有・無)
有効期限 (/) 対象者 ()

上記のとおり届出します。
令和 年 月 日
柏原市長様

転入転出時 確認事項	済・無 施設・学生・社保加入予定有無
---------------	--------------------

証判定 区分	1. 通常用 2. 特別療養費用	給付 証明	/ まで 無
-----------	---------------------	----------	-----------

資 格	任意継続 説明	済・無
	不当利得 説明	済・無
	喪失後 受診	有・無
	出産	済・書類渡・無
	葬祭	済・書類渡・無
	旧被 扶養者	済・無
	世帯証 判定区分	

* 対応数字を表記

世帯主	住所	
	氏名	TEL (- -)
届出人	氏名	世帯主との続柄 () TEL (- -)

年金	済・無 担当 ()
----	------------

保険料	済・無 担当 () 口座なし・あり ()
-----	---------------------------