

国民健康保険 被保険者異動届書

(APPLICATION FOR THE NATIONAL HEALTH INSURANCE)

文京区長 殿

※ 太枠内だけ黒のボールペンで強く記入してください。
※ 個人番号の記載のない、又は確認書類が提示できない場合は職員が調査の上記載します。

届出（受付）年月日 (Date of Application) (Year・Month・Day) 記入する日付		住所（Address of notifier） 文京区春日 1-16-21		電話（Tel.）	
適用異動年月日 .		氏名（Name of notifier） 文京 太郎		世帯主との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯主（夫・妻・子・その他） <input type="checkbox"/> 代理人（	
事加 由入		<input checked="" type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった <input type="checkbox"/> 扶養からはずれた		<input type="checkbox"/> 社保に入った <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始	
現住所		同上 東京都文京区		氏名（Householder's Name） 文京 太郎	
1月1日現在の住所		1 現住所に同じ 2 前住所に同じ 3 その他：		世帯主 個人番号	
加入又は喪失する人	フリガナ 氏名（Name of applicant）	生年月日 (Date of birth)	性別 (Sex)	世帯主との続柄	個人番号カードの健康保険証利用登録の有無 個人番号
	ブンキョウ タロウ 文京 太郎	昭・平・令・西暦 60・1・1	男/M 女/F	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ブンキョウ ハナコ 文京 花子	昭・平・令・西暦 元・3・3	男/M 女/F	妻	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		昭・平・令・西暦	男/M		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	国保に加入したい方全員の氏名・生年月日・性別・世帯主との続柄・個人番号を記入してください。 ※個人番号が不明の場合、空欄としてください。				
加入	喪失	確認	受付	前記号・番号（	
新規	全部	【加入手続き用 記入例】 ※記入例で黒くなっている箇所は、区使用欄です。			
追加	一部				
記号番号		領 証(receipt) (No.) (枚) を受領しました。 (枚) ipt) 年 月 日			
		受取人氏名(Name)			

届出（記入）する方の住所・氏名・連絡先・世帯主との関係を記入してください。

国保に加入することになった理由であてはまるものに✓をつけてください。
※任意継続を喪失した場合は、「退職した」に✓をつけてください。

上の住所と世帯主の住所が異なる場合は記入してください。

個人番号カードの健康保険証利用登録状況について、あてはまるものに✓をつけてください。

国保に加入したい方全員の氏名・生年月日・性別・世帯主との続柄・個人番号を記入してください。
※個人番号が不明の場合、空欄としてください。