

柏市国民健康保険異動届出書

※太枠内を御記入ください。

記入日

※太枠内に必要事項を記入していただき、受付窓口へ提出してください

□賦課コピー

記入したかた

届出日	R 2年 4月 15日		届出理由 (該当に○)	加入 (脱退) 変更
氏名	相 太郎		世帯主名 (世帯主以外の場合記入)	
	世帯主との続柄 (本人)			
届出人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		世帯主個人番号 (世帯主以外の場合記入)	
住所	柏市 相 00-XX-△△ Tel 000 (XXXX) △△△△			

適用開始	適用終了
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強制	<input type="checkbox"/> 普通 → 強制 <input type="checkbox"/> 強制 → 普通
保険証回収	<input type="checkbox"/> 回収 (枚) <input type="checkbox"/> 未回収 (枚)
<input type="checkbox"/> 世帯主=納付義務者説明 <input type="checkbox"/> 保険料発生時期(年 月分～ 期)説明 <input type="checkbox"/> 未納有 → <input type="checkbox"/> 収納窓口にて交付 <input type="checkbox"/> 収納相談済 <input type="checkbox"/> 簡易申告書有 <input type="checkbox"/> 前市資格確認	

保険番号	
異動年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 任意継続案内 <input type="checkbox"/> 旧被扶養者の確認(65歳以上) <input type="checkbox"/> 非自発的失業軽減案内(65歳未満) <input type="checkbox"/> 年金手続案内	

脱退するかた

No.	フリガナ 異動する方の氏名	性別 生年月日	世帯主 との続柄	個人番号	柏市国保 資格確認
1	カシワ タロウ 相 太郎	男・女 XX年 X月 X日	本人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	国保 退本
2	カシワ ハナコ 相 花子	男・女 YY年 Y月 Y日	妻	2 4 6 8 0 1 3 5 7 9 2 4	国保 退本
3		男・女 年 月 日			国保 退本
4		男・女 年 月 日			国保 退本
5		男・女 年 月 日			国保 退本

【適用開始事由】	【適用終了事由】	【その他】
<input type="checkbox"/> 転入 (□海外) <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 出生 → □一時金 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他取得	<input type="checkbox"/> 転出 (□海外) <input type="checkbox"/> 社保加入 □国組加入 <input type="checkbox"/> 死亡 → □葬祭費(済・未) <input type="checkbox"/> 生保開始 □障害認定 <input type="checkbox"/> その他喪失 □職権消除	<input type="checkbox"/> 転居 □氏変 <input type="checkbox"/> 合併 □分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 主変 (□死亡主変) <input type="checkbox"/> 入力訂正有

世帯主	No.	氏名	個人番号	続柄 (同一世帯)
1				
2				
3				
4				
5				

保険証発行	担当者	入力印
<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 未交付	受付入力機連交付	
出張所		

- ・太枠内にご記入の上、職場の健康保険証のコピー (国民健康保険を脱退するかた全員分)を添付して、柏市役所保険年金課までご郵送ください。
- ・国民健康保険証を二つに切って返却してください。