

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

記入したかた

※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

届出日	年 月 日	届出理由 (該当に○)	加入・脱退・変更
届出人	氏名	柏 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)		
	個人番号	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 柏〇〇-××-△△ Tel 000 (1234) 5678		

適用開始 ☐ 新規 ☐ 一部 ☐ 全部 ☐ 一部 ☐ その他	適用終了 ☐ 普通 ☐ 普通 → 擬制 ☐ 擬制 ☐ 擬制 → 普通	保険番号	
保険証回収 ☐ 回収 (枚) ☐ 未回収 (枚)		異動年月日	年 月 日
☐ 世帯主＝納付義務者説明 ☐ 保険料発生時期(年 月分～, 期)説明 ☐ 未納有 → ☐ 収納窓口にて交付 ☐ 収納相談済 ☐ 簡易申告書有 ☐ 前市資格確認		☐ 任意継続案内 ☐ 旧被扶養者の確認(65歳以上) ☐ 非自発的失業軽減案内(65歳未満) ☐ 年金手続案内	

加入または脱退するかた

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	柏 太郎	男・女 年 月 日	本人		国保 退本 他保 退被
2	柏 花子	男・女 年 月 日	妻		国保 退本 他保 退被
3		男・女 年 月 日			国保 退本 他保 退被
4		男・女 年 月 日			国保 退本 他保 退被
5		男・女 年 月 日			国保 退本 他保 退被

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

世帯主	No.	氏 名	個人番号	続柄 (旧→新)
1				
2				
3				
4				
5				

保険証受取人	本人確認 (※番号を控えるかコピーをとる) ☐ 個人番号カード ☐ 住基カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他 () (番号:)
備 考	個人番号確認 ☐ 個人番号カード ☐ その他 () ☐ 通知カード ☐ 職権 ☐ 住民票

保険証発行 ☐ 窓口交付 ☐ 郵送 ☐ 未交付	担 当 者 受 付 入 力 検 査 交 付	入力印
出張所		