

※太枠内を御記入ください。

柏市国民健康保険異動届出書

□処理なし

※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

記入日

記入するかた

届出日	年 月 日		届出理由 (該当に○)	加入・脱退・変更
届出人	氏名	世帯主名 (世帯主以外の場合記入)		
	個人番号	世帯主との続柄 (本人 /)		
	住所	世帯主個人番号 (世帯主以外の場合記入)		
	Tel	()		

適用開始	適用終了	□その他
□新規 □一部	□全部 □一部	
□普通 □擬制	□普通 ⇒ 擬制 □擬制 ⇒ 普通	
証等 回収	□ 回収 (保 枚/資・確 枚/お知らせ 枚) □ 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"/> 非・課税証明有		

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				

千葉県柏市

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	マイナ保険証 ひも付け有無	個人番号	前市 資格
1		男・女 年 月 日		有 無 不明		国保 他保
2		男・女 年 月 日		有 無 不明		国保 他保
3		男・女 年 月 日		有 無 不明		国保 他保
4		男・女 年 月 日		有 無 不明		国保 他保
5		男・女 年 月 日		有 無 不明		国保 他保

【適用開始事由】 <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	【適用終了事由】 <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	【その他】 <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"/> かたがき修正 <input type="checkbox"/> 入力訂正有
--	--	--

No	氏名	個人番号	続柄 (旧→新)
1			
2			
3			
4			
5			

・太枠内をご記入の上、新しい職場の資格確認書または資格情報のお知らせ(A4サイズ)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。
 ・柏市の国民健康保険証、資格確認書または資格情報のお知らせは二つに切って返却してください。

証等発行	担当者	入力印
□ 窓口交付	受付 入力 検査 交付	
□ 郵送		
□ 未交付		
□ 窓口保管 → 交付日(/)		
出張所		