

燕市長 様

国民健康保険 異動届

※太枠内の項目を記入し、**①新しい健康保険証等のコピーと、②燕市国民健康保険証の原本**を同封してください。

※郵送で届出される場合は、ホームページ記載の注意事項を必ずご覧ください。

受付

届出	令和 年 月 日	住所	燕市		
保険証番号	燕	世帯主名			
電話	() ※日中連絡のできる電話番号				
番号	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	続柄	マイナ保険証 資格確認書 年金確認
1		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		利用登録 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 他
					お知らせ <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他()
2		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		利用登録 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 他
					お知らせ <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他()
3		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		利用登録 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 他
					お知らせ <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他()
4		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		利用登録 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 他
					お知らせ <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他()
5		昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		利用登録 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 他
					お知らせ <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> その他()

太わく内を記入してください。

得喪別	取得	喪失
世帯区分	普通	擬制
取得区分	全部	一部
喪失区分	全部	一部
得喪年月日	年 月 日	
取得	喪失	世帯関係・その他
1 転入	11 転出	21 世帯分離(一部→全部)
2 社保 離脱	12 社保 加入	22 世帯合併(全部→一部)
3 生保 廃止	13 生保 開始	23 住所地特例分離 (一部→全部)
4 出生	14 死亡	24 転居(全部→全部)
5 職権 回復	15 職権 抹消	31 世帯変更(一部→一部)
6 国組 離脱	16 国組 加入	32 世帯主変更
7 転居 取得	17 転居 喪失	
8 住所地特例取得	18 住所地特例喪失	
9 その他取得	19 その他喪失	
43 後期 離脱	41 年齢到達喪失	
	42 障害認定喪失	51 異動訂正、取消

【他業務等】

<input type="checkbox"/>	医療費助成(障・老・親・子・妊・精)
--------------------------	--------------------

【宛名】

<input type="checkbox"/>	口座振替	<input type="checkbox"/>	納付書払	<input type="checkbox"/>	その他()
<input type="checkbox"/>	送付先変更				

【課税区分】

<input type="checkbox"/>	限度額証発行
--------------------------	--------

【受診歴】

<input type="checkbox"/>	喪失後受診等
--------------------------	--------

【証発行】

<input type="checkbox"/>	負担区分判定
<input type="checkbox"/>	収納課連絡

【税務課】

<input type="checkbox"/>	非自発的失業
<input type="checkbox"/>	旧被扶養者

取得欄	社会保険 離脱日	年 月 日	喪失欄	社会保険 加入日	年 月 日	[備考]
				保険者名		
				記号番号		
添付書類 : 資格取得喪失連絡票 ・ 離職票 ・ 退職証明書 ・ 他の健康保険証 ・ その他()						