

国民健康保険異動（喪失）届

吹田市長宛

(/)

本人確認	番号確認	受 付	入 力	入力チェック
		(郵)		

届出日	令和 年 月 日	異動日	令和・平成 年 月 日	事由	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入						
届出人	氏名		世帯主との関係 本人・夫・妻・子・()		世帯主	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ 氏名					
	住所 (吹田市)		連絡先 — —			個人番号 (マイナンバー)					
	届出人が世帯主でない場合は、どちらかにチェックし、署名してください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険脱退等について、世帯主の了承を得ています。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険脱退等について、世帯主に説明します。 署名					連絡先 — —					
フリガナ 脱退者氏名		生年月日	性別	続柄	個人番号(マイナンバー) 宛名番号等					事務処理及び入力手順 ※ 必要事項を記入のうえ、以下の書類を同封して、返送してください。 1 新しい保険証の写し(新しく加入された方全員分、必須) 2 国民健康保険証の原本 3 マイナンバー確認書類の写し 4 本人確認書類の写し(上記3が、マイナンバーカードの写しの場合は不要)	
1		令・平・昭・西暦 年 月 日	男 ・ 女	世帯主 夫・妻 子 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例						
2		令・平・昭・西暦 年 月 日	男 ・ 女	夫・妻 子 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例						
3		令・平・昭・西暦 年 月 日	男 ・ 女	夫・妻 子 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例						
4		令・平・昭・西暦 年 月 日	男 ・ 女	夫・妻 子 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例						
誓約	被保険者証紛失のため返還できませんが、資格喪失後の診療について、貴市に負担をかけることを誓います。				国 保 番 号					世帯区分	異動人数
	令和 年 月 日 世帯主氏名									普・擬	/
					確 認 事 項					被 保 険 者 証	
					<input type="checkbox"/> 収納状況(普・口・特・併) <input type="checkbox"/> 喪失後給付状況(有・無)					<input type="checkbox"/> 保険証(回収・未回収) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証(回収・未回収)	

国民健康保険異動（喪失）届

(/) 記入例

本人確認	番号確認	受付	入力	入力チェック
		ⓧ		

吹田 【届出日・異動日】 記入しないでください。

届出日	令和 年 月 日	異動日	令和・平成 年 月 日	事由	<input checked="" type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入	【届出人が世帯主の場合】 届出人と同じに、チェックしてください。				
届出人	氏名	世帯主との関係 (本人・夫・妻・子・())			<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	氏名				
	住所 (吹田市) 泉町1-3-40	【連絡先】 屋間に連絡がつく電話番号を記入してください。			個人番号 (マイナンバー)					
	届出人が世帯主でない場合は、どちらかにチェックし、 <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入等について、世帯主の了承を得 <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入等について、世帯主に説明します。 署名				【署名】 届出人が世帯主の場合、署名不要です。					
フリガナ 脱退者氏名		生年月日	性別	続柄	個人番号(マイナンバー) 宛名番号等			事務処理及び入力手順		
スイタ タロウ 吹田 太郎		令・平・昭・西暦 36年1月3日	男 女	世帯主 夫・妻 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例			※ 必要事項を記入のうえ、以下の書類を同封して、返送してください。 1 新しい保険証の写し(新しく加入された方全員分、必須) 2 国民健康保険証の原本 3 マイナンバー確認書類の写し 4 本人確認書類の写し(上記3が、マイナンバーカードの写しの場合は不要)		
スイタ ハナコ 吹田 花子		令・平・昭・西暦 3年2月5日	男 女	夫・妻 子 (子)	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例			脱退する世帯員全員を記入してください。		
スイタ イチロウ 吹田 一郎		令・平・昭・西暦 2年5月2日	男 女	夫・妻 子 (子の子)	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例					
		令・平・昭・西暦 年 月 日	男 女	夫・妻 子 ()	情報照会() <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例					
誓約	被保険者証紛失のため返還できませんが、資格喪失後の診療について、貴市に負担を かけないことを誓います。				国保番号			世帯区分	異動人数	
	令和 年 月 日 世帯主氏名							普・擬	/	
					確認事項			被保険者証		
				<input type="checkbox"/> 収納状況(普・口・特・併)			<input type="checkbox"/> 保険証(回収・未回収)			
				<input type="checkbox"/> 喪失後給付状況(有・無)			<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(回収・未回収)			

国民健康保険異動（喪失）届

(/) 記入例

本人確認	番号確認	受付	入力	入力チェック
		郵		

吹 【届出日・異動日】 記入しないでください。

届出日	令和 年 月 日	異動日	令和・平成 年 月 日	事由	<input checked="" type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入	【届出人が世帯主でない場合】 世帯主の欄に、必要事項を記入してください。
-----	-------------	-----	----------------	----	--	---

届出人	氏名 吹田 花子	世帯主との関係 本人・夫・妻・(子)・() 連絡先 080 - 0000 - 0000	世帯主	氏名 吹田 太郎
	住所 (吹田市) 泉町1-3-40	個人番号 (マイナンバー) △△△△△△△△△△△△△△△△		連絡先 090 - ××××× - ×××××
	届出人が <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険脱退等について、世帯主に説明します。 署名 吹田 花子	住所 吹田市 同 左		

【連絡先】 昼間に連絡がつく電話番号を記入してください。

【署名】 届出人が世帯主でない場合は、どちらかに、チェックし、署名してください。

フリガナ 脱退者氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号 (マイナンバー)		事務処理及び入力手順
				宛名	番号等	
1 スイタ タロウ 吹田 太郎	令・平・(昭)・西暦 36年1月3日	(男) 女	(世帯主) 夫・妻 子	情報照会 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例	※ 必要事項を記入のうえ、以下の書類を同封して、返送してください。 1 新しい保険証の写し(新しく加入された方全員分、必須) 2 国民健康保険証の原本 3 マイナンバー確認書類の写し 4 本人確認書類の写し(上記3が、マイナンバーカードの写しの場合は不要)
2 スイタ ハナコ 吹田 花子	令・(平)・昭・西暦 3年2月5日	男 (女)	夫・妻 (子)	情報照会 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例	
3 スイタ イチロウ 吹田 一郎	(令)・平・昭・西暦 2年5月2日	(男) 女	夫・妻 子 (子の子)	情報照会 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例	
4	令・平・昭・西暦 年 月 日	男 女	夫・妻 子	情報照会 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 修学中の特例 <input type="checkbox"/> 遠隔地の特例	

脱退する世帯員全員を記入してください。

誓約	被保険者証紛失のため返還できませんが、資格喪失後の診療について、貴市に負担を かけないことを誓います。	国保番号	世帯区分	異動人数
	令和 年 月 日 世帯主氏名	確認事項	普・擬	/
	<input type="checkbox"/> 収納状況 (普・口・特・併) <input type="checkbox"/> 喪失後給付状況 (有・無)	<input type="checkbox"/> 保険証 (回収・未回収) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 (回収・未回収)		