

国民健康保険異動届

運転免許証確認 保険証確認 聞き取り

※ 下記の署名により、届出内容に変更があった場合について届け出ることに同意します。

田川市長 殿

届出人	住所	田川市○○○○○○○○				電話	自宅	○○○○-○○-○○○○
	氏名	田川 太郎	続柄	本人	個人番号	○○○○○○○○○○○○	連絡先	○○○-○○○○-○○○○

太枠の中のみ記入して下さい。

届出日	令和 . .	異動日	平成 . .	国民健康保険異動事由	01:出生 02:転入 03:社保離脱 07:生保廃止 08:転居 09:世帯分離 10:世帯合併 11:世帯構成変更 12:後期高齢者非該当 13:住所地特例等適用 14:職権記載 15:喪失取消 19:その他取得			
世帯主名	新	個人番号	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	田川市	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	記号	番号	取得
	旧	個人番号	<input type="checkbox"/> 同上	田川市	<input type="checkbox"/> 同上			
異動する人	No.	フリガナ	世帯主との続柄	性別	個人番号/生年月日		負担区分(割)	退職・高齢受給
	1	タガワ イチロウ 田川 一郎	子	男	個人番号 ○○○○○○○○○○○ 昭和 令和 ○○・○○・○	2	退本退扶・高齢	修学中(学) 領印 住所地特例 内かん 擬主 <input type="checkbox"/> 擬主 <input type="checkbox"/> 擬主(後期)
	2	タガワ ジロウ 田川 二郎	子	男	個人番号 ○○○○○○○○○○○ 昭和 令和 ○○・○○・○	2	退本退扶・高齢	
	3			男	個人番号 昭和 令和 . .	2	退本退扶・高齢	
	4			男	個人番号 昭和 令和 . .	2	退本退扶・高齢	
	5			男	個人番号 昭和 令和 . .	2	退本退扶・高齢	
6			男	個人番号 昭和 令和 . .	2	退本退扶・高齢		
世帯主の被扶養者になれない理由 ○○のため								
点検確認 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> 高齢受給者 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 葬祭費 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証 <input type="checkbox"/> 住所地特例・内かん <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 物療受療証 <input type="checkbox"/> 修学中(学)								
受付 入力 交付 点検								

記入例

※太枠の中のみ記入してください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 退職該当 (適用外・説明) | <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日から負担区分変更(): 区分()→区分() |
| <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 (適用外・申請・説明) | <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日仮受付している為、同日保険給付開始 |
| <input type="checkbox"/> 修学中(学)・住所地特例・内かん (適用外・説明) | [受診なし・受診あり・自己負担了承済・理由書あり] |
| <input type="checkbox"/> 子ども医療・重度障害者医療・ひとり親家庭等医療 (適用外・説明) | <input type="checkbox"/> H・R 年 月 日保険給付開始 [受診なし・受診あり・自己負担了承済・理由書あり] |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険税額事前確認済み (担当課確認) | <input type="checkbox"/> 給付制限なし [H・R 年 月 日 仮受付している為・理由書認可により] |
| <input type="checkbox"/> 葬祭費 (申請・説明) | |