

国民健康保険 被保険者資格異動届出書

袖ヶ浦市長 様

届出日	届出書記入者氏名	住所 袖ヶ浦市
令和 年 月 日		電話

世帯主						
住所 同上						
氏名 同上		個人番号(マイナンバー)				
加入する人・脱退する人	氏名	個人番号(マイナンバー)	生年月日	性別	続柄	紐づけ
			昭和 平成 令和 . .	男・女		有・無 不明
			昭和 平成 令和 . .	男・女		有・無 不明
			昭和 平成 令和 . .	男・女		有・無 不明
			昭和 平成 令和 . .	男・女		有・無 不明

国民健康保険を脱退する方は
こちらもご記入ください。

国民健康保険の使用状況について

社会保険加入日(認定日)以降に、国民健康保険を
利用して医療機関を受診されましたか？

受診 ・ 未受診

受診された方は下記事項をご記入ください

受診した医療機関名	
受診日	
受診者氏名	

※後日保険年金課よりご連絡させていただく場合があります。

※太わく(色付き)の中をご記入ください。

※市記載、確認欄

異動事由		国保被保数	十 ・ 一		国保番号							
		世帯数	十 ・ 一									
		届出者確認書類	免 ・ 個 ・ パ ・ その他()									
		発行日	令和 年 月 日 窓口発行 ・ 郵送									
【国保取得】		【国保喪失】	郵送年月日	令和 年 月 日		資格得喪年月日						
社保離脱		社保加入	被保険者証等	回収 ・ 未回収		H ・ R						
組合離脱		組合加入	滞納	通常 ・ 特別								
社保離脱(旧被扶養者)		生保開始										
生保廃止												
転入						備考						
その他												
個人番号記載	世帯主	届出 ・ 補記	被保険者	届出 ・ 補記	受付担当者		一次		二次		月末	

【記入例】国民健康保険 被保険者資格異動届出書

袖ヶ浦市長 様

届出日 令和	届出書を送付する日付 郵送する日付	届出書を記入した方の氏名・住所・電話番号をご記入ください。
-----------	----------------------	-------------------------------

※太わく(色付き)の中をご記入ください。

世帯主		住所		氏名		世帯主の住所・氏名・個人番号（マイナンバー）をご記入ください。 届出書記入者と同じ場合は同上に丸をしてください。		国民健康保険加入の場合は、 いずれかに丸をしてください。	
氏名		個人番号(マイナンバー)		生年月日		性別		続柄	
加入する人・脱退する人				昭和 平成 令和		男・女		有・無 不明	
								有・無 不明	
								有・無 不明	
				昭和 平成 令和		男・女		有・無 不明	
								有・無 不明	

社会保険加入日(認定日)以降に、国民健康保険を利用して医療機関を受診されましたか？	
受診・未受診	
受診された方は下記事項をご記入ください	
受診した医療機関名	〇〇病院、〇〇薬局
受診日	R6.4.1
受診者氏名	袖ヶ浦 太郎
※後日保険年金課よりご連絡させていただく場合があります。	

※市記載、確認欄

異動事由
社保離脱
組合離脱
社保離脱(旧被扶養者)
生保廃止
転入
その他

国保被保険数	十・一
世帯数	十・一
届出者確認書類	免・個・パ・その他()
発行日	令和 年 月 日 窓口発行・郵送
郵送年月日	令和 年 月 日
被保険者証等	回収・未回収
滞納	通常・特別

個人番号記載	世帯主	届出・補記	被保険者	届出・補記
--------	-----	-------	------	-------

国民健康保険を脱退される方のみご記入ください。