

# 国民健康保険異動届（郵送用）

届出人	氏名	電話番号
	住所	

※太枠内の必要事項をご記入ください。

異動日	フリガナ 氏名	届出日	性別	生年月日	区分	全部・一部		
					異動事由	適用	資格	記号・番号
NO								
1							普主 擬主 被保	
2							普主 擬主 被保	
3							普主 擬主 被保	
4							普主 擬主 被保	

## 世帯主が国民健康保険の加入者ではないときの確認事項

あてはまるものにチェックをお願いします。

- 被扶養者としての認定基準を超える収入があるため
- 扶養事実がないため
- 三親等内に属さないため
- その他

保険証・本人確認書類	郵送交付	保険証回収・日付訂正		受付	入力	一次審査	二次審査
免・マ・パ・在・他（ ）		・	・				