

国民健康保険異動届（郵送用）



届出人	氏名 小金井 花子	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	住所 小金井市●町〇丁目〇番地〇号	

※太枠内の必要事項をご記入ください。

異動日	届出日	区分		続柄	
		異動事由	社保離脱		
NO	フリガナ 氏名	マイナ保険証の 利用登録状況	性別	生年月日	
1	コガネ タロウ 小金井 太郎	<input checked="" type="radio"/> 有・無・不明	男	昭〇〇.〇〇.〇〇	世帯主
2	コガネ ハコ 小金井 花子	有 <input checked="" type="radio"/> 無 不明	女	昭〇〇.〇〇.〇〇	妻 普主
3	コガネ イチロウ 小金井 一郎	有・無 <input checked="" type="radio"/> 不明	男	平〇〇.〇〇.〇〇	子
4	コガネ サクラ 小金井 桜子	有・無 <input checked="" type="radio"/> 不明	女	令〇〇.〇〇.〇〇	子 被保

(1) 届出人名・電話番号・住所を記入してください。
(記入事項やご事情の確認のため、連絡を差し上げる場合がございます。必ず日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。)

(2) 国民健康保険に加入される該当者全員の氏名・マイナ保険証の利用登録状況・生年月日・性別・続柄をご記入ください。

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

(3) 世帯主が国民健康保険の加入者ではないとき（世帯主が社会保険等に入っている場合）、国民健康保険加入予定者が世帯主の被扶養者とならない理由として、あてはまるものにチェックをお願いします。併せて、世帯主の健康保険証、資格確認書または資格情報のお知らせ（資格情報通知書）の写しをご提出ください。

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 ()						