

# 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	届出日	区分		全部・一部				
		異動事由	社保離脱・国組離脱・転入・出生・生保廃止・その他（ ）					
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	続柄	適用	資格	記号・番号
1		有・無・不明					普主 擬主 被保	
2		有・無・不明					普主 擬主 被保	
3		有・無・不明					普主 擬主 被保	
4		有・無・不明					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（ ）		・	・				