

国民健康保険被保険者異動届（加入・脱退・変更）

宝塚市長宛

国民健康保険被保険者資格の異動について、つぎのとおり届け出ます。
あわせて、届け出にかかる事務に必要な市税に関する資料の調査を承諾します。

異動事由	取得（ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加）				変更				喪失（ <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部）			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記入例

※ 緑色部分をご記入ください。

記載いただいた情報について
国民健康保険事業で使用させていただく場合がございます。

届出日	2024年12月20日		
届出人	氏名	宝塚 国保	
	住所	宝塚市 東洋町1番1号	
	世帯主との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
電話	090（xxxx）xxxx		

被保険者番号	
以前の番号	

職員記入欄							
加入時	<table border="1"> <tr> <td>擬制世帯制度の説明（伝言依頼）</td> <td>済・未</td> </tr> <tr> <td>任意継続との保険料比較</td> <td>済・未</td> </tr> <tr> <td>非自発的の失業者軽減制度の説明</td> <td>済・未</td> </tr> </table>	擬制世帯制度の説明（伝言依頼）	済・未	任意継続との保険料比較	済・未	非自発的の失業者軽減制度の説明	済・未
擬制世帯制度の説明（伝言依頼）	済・未						
任意継続との保険料比較	済・未						
非自発的の失業者軽減制度の説明	済・未						
喪失時	<table border="1"> <tr> <td>国保資格喪失日以降の医療機関受診</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>[]期まで納付済か本人確認</td> <td>済・未</td> </tr> <tr> <td>葬祭費の申請</td> <td>済・未</td> </tr> </table>	国保資格喪失日以降の医療機関受診	有・無	[]期まで納付済か本人確認	済・未	葬祭費の申請	済・未
	国保資格喪失日以降の医療機関受診	有・無					
	[]期まで納付済か本人確認	済・未					
葬祭費の申請	済・未						
	<table border="1"> <tr> <td>国保資格確認書等返送用封筒渡し</td> <td>済・未</td> </tr> </table>	国保資格確認書等返送用封筒渡し	済・未				
国保資格確認書等返送用封筒渡し	済・未						

番号	フリガナ 氏名	生年月日	マイナンバーカードの 健康保険証利用登録の有無	国保資格 得喪日	処理内容	保険者 登録						
1	タカラツカ コクホ 宝塚 国保	昭和・平成・令和 58年1月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・	※郵送トラブルの責任は負いかねますので、ご了承の うえご申請ください。 ※申請内容に応じて、以下の書類を同封してください。 【加入】 健康保険資格喪失証明書 →マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書」を特定記録にて、 お持ちの方は「資格情報のお知らせ」を普通郵便で送付致します。 保険税支払いの通知は、後日送付致します。 【脱退】 脱退される方全員の新しく加入した健康保険の「資格確認書」もしくは 「資格情報のお知らせ」の写し または 健康保険加入証明書	未						
	個人番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2				無						
2	タカラツカ ハナコ 宝塚 花子	昭和・平成・令和 58年2月2日	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・		減						
	個人番号	2 3 4 5 - 6 7 8 9 - 0 1 2 3										
3		昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・								
4			<input type="checkbox"/> 無	・		済						
5		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・	交付	<table border="1"> <tr> <td>所得把握</td> <td>市税有・保申受領・照会作成済</td> </tr> <tr> <td>受付</td> <td>济・未</td> </tr> <tr> <td>訂正</td> <td>济・未</td> </tr> </table>	所得把握	市税有・保申受領・照会作成済	受付	济・未	訂正	济・未
	所得把握	市税有・保申受領・照会作成済										
	受付	济・未										
訂正	济・未											
個人番号	-			窓口・郵送（ / ）	济・未							
				回収	济・未							

加入・脱退される方全員の氏名・生年月日・個人番号（マイナンバー）・マイナンバーカードの健康保険証利用の登録有無をご記入ください。

なお、被用者保険の被保険者が後期高齢者医療制度へ移行したことにより国保へ加入する旧被扶養者は、保険税の減額を申請します。