

国民健康保険異動届

みやき町長 様

受付印

※ 太枠の中を記入してください。

世帯主					届出日	令和 年 月 日		被保険者 記号・番号	三み	
住所	みやき町 大字							異動・得喪 年月日	令和 . .	
	電話番号							国保取得	社離・転入・出生 生保廃止・後期離脱 その他()	
届出人	・世帯主 ・本人 ・代理人 [ご関係] []	氏名			個人番号			国保喪失	社加・転出・死亡 生保開始・後期障害認定 その他()	
	代理人 住所							変更	転居・世帯主変更 その他()	
	電話番号									
	フリガナ	個人番号		生年月日		性別	続柄	マイナ 保険証 の有無	続柄 変更	備 考
	異動対象者氏名									
1				昭和 平成 令和	. .	男女		有・無		
2				昭和 平成 令和	. .	男女		有・無		
3				昭和 平成 令和	. .	男女		有・無		
4				昭和 平成 令和	. .	男女		有・無		

添付するもの	☐ 加入の場合は、健康保険資格喪失(取得)連絡票
	☐ 喪失の場合は、資格確認書、資格情報のお知らせまたは健康保険資格喪失(取得)連絡票

上記のものを添付できない場合はご本人のマイナポータル画面を確認し、届出人が記入してください。

マイナポータル資格確認

							マイナポータル 確認者(職員)	重要
異動対象者氏名 被保険者(本人) 被扶養者(家族)	保 険 者 名	保 険 者 番 号	記 号	番 号	枝番	本人・ 家族	取得・喪失 年月日	
1						本人・家族	. .	
2						本人・家族	. .	
3						本人・家族	. .	
4						本人・家族	. .	

個人 番号 の 確認	☐ マイナンバーカード(個人番号)	本人 確認	顔写真ありの場合(下記より1つチェック)		顔写真なしの場合(下記より2種類以上チェック)	
	☐ 通知カード		☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート		☐ 資格確認証 ☐ 年金証書 ☐ 官公庁から発行された書類	
	☐ 住民票の写し(マイナンバー記載あり)		☐ 身体障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ その他()		☐ 住民票の写し(マイナンバー記載なし) ☐ その他()	

受 付 者	資格確認書 交付・回収	資格情報のお知らせ 交付(回収は任意)	資格入力	保健課確認
	☐ 窓口 ☐ 郵送	☐ 窓口 ☐ 郵送		