

郵送届用

本人確認のため、運転免許証等の提示にご協力をお願いします。

# 糸魚川市長様 国保異動届

行政区コード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 聴取 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 市職員 <input type="checkbox"/> 保険証	本人確認 可・否 通知 有・無 通知発送 済 □	受付 本 能 青
--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------

当市では、この異動届に記載された電話番号を行政事務で連絡に利用しています。利用してほしくない方は下の□に✓を付けてください。

届出人自署の場合、押印は不要です。

届出日 異動日	令和 年 月 日	全 部 一 部	転 入 転 居 転 出 世帯主変更 世帯分離 世帯合併 世帯変更 職権記載 職権修正 職権削除 職権回復 出生 死亡 婚姻 その他	届出人 (窓口に来られた方)	( )
あたらしい住所	丁目 番 号 番 地 ( )		アパート名・棟・室番号も記入してください。	あたらしい世帯主	
いままでの住所	丁目 番 号 番 地 ( )		アパート名・棟・室番号も記入してください。	いままでの世帯主	

No.	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	個人番号	基礎年金番号	年金	印鑑	国保	児手	介護	後期	カード	公認	民税	移動
1		大 昭 平 令	男女			-	被保受給		有擬無		被認申		個 A B			
2		大 昭 平 令	男女			-	被保受給		有擬無		被認申		個 A B			
3		大 昭 平 令	男女			-	被保受給		有擬無		被認申		個 A B			
4		大 昭 平 令	男女			-	被保受給		有擬無		被認申		個 A B			
5		大 昭 平 令	男女			-	被保受給		有擬無		被認申		個 A B			

健康保険資格取得・喪失状況	確認方法	<input type="checkbox"/> 資格連絡票 <input type="checkbox"/> 離職票	<input type="checkbox"/> 保険証(写) <input type="checkbox"/> 事業所確認 (事業所確認の場合、以下を必ず記入)	変更事由	国保喪失後の受診(市健診合)	負担区分	
	被保険者 本人について	記 号	番 号	氏 名 (生年月日)	有 無	備考	
旧姓	資格取得 喪失年月日	令和 年 月 日	取得 喪失	事業所名 (保険者名)	受診状況 氏名・年・月・医療機関・薬局	備考	
No.	取得事由		喪失事由		確認	<input type="checkbox"/> 保険証紛失  <input type="checkbox"/> 喪失後受診あり (病院等の名称) . . .	
	<input type="checkbox"/> 擬主成 <input type="checkbox"/> 社保離脱 本人 <input type="checkbox"/> 社保離脱 扶養 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 擬主廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 後期離脱 <input type="checkbox"/> 住所地特例	<input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 擬主成 <input type="checkbox"/> 社保加入 本人 <input type="checkbox"/> 社保加入 扶養 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 擬主廃止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期加入 <input type="checkbox"/> 住所地特例		<input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 簡易申告 (注意: 転入以外でも必要な場合あり)		<input type="checkbox"/> 国保税の精算 (国保世帯主に変更増減のあった場合)		社保・任継		
	<input type="checkbox"/> 従前の職業 取得年月日		<input type="checkbox"/> 従前の職業 喪失年月日		県単医療等の切替		
	記号番号		記号番号		非自発的失業軽減 負担区分 証明交付		
交付	一・高 (□短期□資格証□マル学)		一回		一・退・高 (□短期□資格証□マル学)	非 / 該 (入力) 未 / 済 (高齢受給者証該当者転出時) 非 / 該 (入力) ※加入時 非 / 該 (証明) ※転出時 非 / 該 (入力) ※加入時 非 / 該 (証明) ※転出時	国保喪失後の受診が確認された場合、 医療機関等への新保険証情報提供に 同意します □

太ワクの中を記入してください。

転入の方にお尋ねします。↓糸魚川市に住んでいたことがありますか。↓有無