

国民健康保険異動届（申請）書

被保険者番号		開始・終了年月日		世帯開始・終了区分		世帯主区分		
		年 月 日		全部 一部		1普通世帯 2擬制世帯		
				新規 再適用		普→擬 擬→普		
適用開始		社保離脱 転入 出生 生保廃止 国組離脱 後期高齢離脱 その他						
適用終了		社保加入 転出 死亡 生保開始 国組加入 後期高齢加入 その他						
異 動		世帯（分離・合併） 転居 氏名変更 世帯主変更 その他						
フリガナ 氏名		生年月日		性別	続柄	マイナ保険証の 利用登録	交付状況	種別
		昭和 平成 令和 年 月 日		男		有	資格情報の お知らせ	一般
				女		無	資格確認書	特療
		昭和 平成 令和 年 月 日		男		有	資格情報の お知らせ	一般
				女		無	資格確認書	特療
		昭和 平成 令和 年 月 日		男		有	資格情報の お知らせ	一般
				女		無	資格確認書	特療
		昭和 平成 令和 年 月 日		男		有	資格情報の お知らせ	一般
				女		無	資格確認書	特療
		昭和 平成 令和 年 月 日		男		有	資格情報の お知らせ	一般
				女		無	資格確認書	特療
		昭和 平成 令和 年 月 日		男		有	資格情報の お知らせ	一般
				女		無	資格確認書	特療
備考								

上記被保険者の異動を申請します。

年 月 日

届出人 個人番号

住所

氏名

電話

潟上市長様

受付者	届出人確認欄	申請委任欄	本申請を届出人に委任します	
交付	回収		世帯主 個人番号	
窓口 郵送	有 無		住所	
福祉医療	喪失後受診		氏名	
有 無	有 無			