

身元確認済（個・免・保（ ））
 代理権確認済（ ）

国民健康保険被保険者 資格異動届

香美町長 様

届出日：令和 年 月 日

申請者	住所	香美町 区 番地	
	氏名		世帯主から見た続柄
	電話番号	-	-
世帯主	住所	<input type="checkbox"/> 同上 香美町 区 番地	
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上	
	個人番号		

届出区分	1 資格取得 2 資格喪失 3 その他			得喪年月日			年 月 日		
	1 適用開始 2 適用終了 3 その他			適用年月日			年 月 日		
1	(フリガナ)			世帯主との続柄		喪失後受診(喪失時のみ)			
	氏名	男・女		個人番号		1・2・3			
	生年月日	昭・平・令	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		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	異動事由	
2	(フリガナ)			世帯主との続柄		喪失後受診(喪失時のみ)			
	氏名	男・女		個人番号		1・2・3			
	生年月日	昭・平・令	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		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	異動事由	
3	(フリガナ)			世帯主との続柄		喪失後受診(喪失時のみ)			
	氏名	男・女		個人番号		1・2・3			
	生年月日	昭・平・令	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		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	異動事由	
4	(フリガナ)			世帯主との続柄		喪失後受診(喪失時のみ)			
	氏名	男・女		個人番号		1・2・3			
	生年月日	昭・平・令	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		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	異動事由	
5	(フリガナ)			世帯主との続柄		喪失後受診(喪失時のみ)			
	氏名	男・女		個人番号		1・2・3			
	生年月日	昭・平・令	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		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	異動事由	
6	(フリガナ)			世帯主との続柄		喪失後受診(喪失時のみ)			
	氏名	男・女		個人番号		1・2・3			
	生年月日	昭・平・令	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		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	異動事由	

◆異動事由 ※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。
取得(適用開始) 【 1転入(ア県内・イ県外) 2社保離脱 3生保廃止 4出生 5職権等 6その他取得 】
喪失(適用終了) 【 7転出(ア県内・イ県外) 8社保加入 9生保開始 10死亡 11職権等 12その他喪失 】
変更・分離合併 【 13世帯主変更 14世帯主変更 15その他変更 16世帯分離 17世帯合併 】

◆喪失後受診
(資格喪失時のみ)
1 有
2 無
3 不明

事務処理欄	交付・回収	資格確認書 資格情報のお知らせ	システム入力	未・済	出産育児一時金・葬祭費
	個人番号の変更をしたことがある場合は、その年月日		令和 年 月 日	取扱者	