

## 国民健康保険異動届

旭川市長

届出年月日(今日の日付)		令和〇〇年〇〇月〇〇日	異動事由	確認	世帯番号
窓口に来た人	氏名	国保 春稀 電話 (自宅・携帯・勤務先) 090-0000-0000	適(学)適(学)	証(お)確(そ)	
	区分	①.本人 ②.同じ世帯の人 ③.代理人(関係)	記入例を参考に太枠内を記入してください。		
	代理人住所 (※『代理人』の場合のみ記入してください)				

\*区分『3.代理人』のときに記入

記載内容について確認する場合があるため、日中に連絡の取ることができる電話番号を記載してください。

適用開始・終了日	令和 年 月 日	八国 生復 消脱 脱例 例止 他失 山国 亡除 消入 入始 他定			
住所	旭川市 神楽岡〇条〇丁目 △番△号 番地の	世帯主(届出人)			
方書	(アパート名など) 旭川マンション103号室	フリガナ コクホ ハルキ 氏名 国保 春稀 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
No.	フリガナ 生年月日 異動した人の氏名	性別 世帯主との続柄 マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無	国保 確認書等 適用 発行 収回	他保険 資格 記号番号・個別記事	国保中抜・中付処理 終令
1	コクホ ハルキ 昭平令 6 7 5 年 月 日 生 国保 春稀	男 世帯主 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※資格喪失時は <input type="checkbox"/> 不要			
2	コクホ アキホ 昭平令 8 9 3 年 月 日 生 国保 秋穂	女 妻 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ※資格喪失時は <input type="checkbox"/> 不要			
3	コクホ トウゴ 昭平令 29 11 22 年 月 日 生 国保 冬吾	男 子 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※資格喪失時は <input type="checkbox"/> 不要			
4	コクホ ナツナ 昭平令 2 8 10 年 月 日 生 国保 夏菜	女 子 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※資格喪失時は <input type="checkbox"/> 不要			
5	コクホ キサ 昭平令 5 11 15 年 月 日 生 国保 季紗	男 子 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※資格喪失時は <input type="checkbox"/> 不要	終済済扶	始未未本	始終未未本扶
本人確認書類	【顔写真付(1点)】マ運パ身精療在その他( ) 【顔写真無(2点)】健介年児社学その他( )なし			始終未未本扶	
備考	□マイナポータルで確認 資格(取得・喪失)年月日 年 月 日 担当			該当旧被扶養者 該令當入力	受付コード 受付 入力前審査 入力 審査

※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ます。