

# 国民健康保険被保険者異動届（加入・脱退・変更）

宝塚市長宛

国民健康保険被保険者資格の異動について、つぎのとおり届け出ます。  
あわせて、届け出にかかる事務に必要な市税に関する資料の調査を承諾します。

異動事由	取得（ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加）					変更					喪失（ <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部）										
	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 社保離脱	<input type="checkbox"/> 国組離脱	<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 後期離脱	<input type="checkbox"/> 職権回復	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 世帯	<input type="checkbox"/> 続柄	<input type="checkbox"/> 住所・氏名	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 社保加入	<input type="checkbox"/> 国組加入	<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> 障害認定	<input type="checkbox"/> 職権抹消

※ 緑色部分をご記入ください。

記載いただいた情報について

国民健康保険事業で使用させていただく場合がございます。

届出日	年 月 日		電話 ( )	
届出人	氏名			
	住所	宝塚市		
	世帯主との関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人	<input type="checkbox"/> 世帯員	<input type="checkbox"/> その他 ( )

被保険者番号	
以前の番号	

職員記入欄		
加入時	擬制世帯制度の説明（伝言依頼）	済・未
	任意継続との保険料比較	済・未
	非自発的の失業者軽減制度の説明	済・未
喪失時	国保資格喪失日以降の医療機関受診 [ ]期まで納付済か本人確認	有・無 済・未
	葬祭費の申請	済・未
	国保資格確認書等返送用封筒渡し	済・未
共通	本人（代理人）確認	済・未
	運転免許・旅券・マイナンバーカード その他 ( )	
	旧国保及び旧被扶養者	有・無
資格確認	事業所名	
	電話番号	担当者
	退職日 /	喪失日 /
税処理	即時更正	済・未 [ ]期 増・減
	還付	有・無
	納付確認	[ ]期まで必要であること本人確認
	納付書	[ ]期 手渡し・郵送( / ) 納期限 ( / )
	滞納	有（担当）・無
	口座（有・無）	[ ]期から[ 廃止・停止 ]依頼済 [ ]期からページ登録済
受付	抜取処理	[ ]期 納通・納付書・督促状
	所得把握	市税有・保申受領・照会作成済
	/	入力 / チェック /

番号	フリガナ 氏名	生年月日	マイナンバーカードの 健康保険証利用登録の有無	国保資格 得喪日	処理内容	保険者 登録
1		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・ ・	交付 窓口・郵送( / ) 回収 済・未 訂正 済・未	済・未
	個人番号	-	-			
2		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・ ・	交付 窓口・郵送( / ) 回収 済・未 訂正 済・未	済・未
	個人番号	-	-			
3		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・ ・	交付 窓口・郵送( / ) 回収 済・未 訂正 済・未	済・未
	個人番号	-	-			
4		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・ ・	交付 窓口・郵送( / ) 回収 済・未 訂正 済・未	済・未
	個人番号	-	-			
5		昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・ ・	交付 窓口・郵送( / ) 回収 済・未 訂正 済・未	済・未
	個人番号	-	-			

なお、被用者保険の被保険者が後期高齢者医療制度へ移行したことにより国保へ加入する旧被扶養者は、保険税の減額を申請します。