

国民健康保険被保険者資格異動届（郵送用）

大 牟 田 市 長 様

※太枠の中を記入してください

世帯主（届出人）	フリガナ										住所（アパート・マンション名・方書まで記載してください） 大牟田市									
	氏名																			
	電話																			
	マイナンバー																			

届出日	令和 年 月 日	届出事由	取得	新規・追加	社保離脱	国組離脱	生保廃止	後期離脱	転入	出生	住所地特例	取得日変更	その他	本人確認	免	マイカ	住カ(写)	国保資格	記号	番号	種別	資格確認書 お知らせ	番号
職員 処理年月日	令和 年 月 日		喪失	包括・一部	社保加入	国組加入	生保開始	未満後期	転出	死亡	職権消除	喪失日変更	その他		バ	在カ	障						
			変更		氏名変更 マイナンバー その他										住カ(無) 年金								
															介護 医療証 領収書								
															他（ ）								

	フリガナ		生年月日	性別	世帯主との続柄	マイナンバー										マイナ保険証の利用登録	異動年月日 (取得・喪失)	枝番	資格確認書 資格情報のお知らせ		備考
	氏	名				職業・勤務先名称													交付	郵送	
1			S H R	男											有	無	H R		交付	郵送	／
			・	女													・	・	回収		
2			S H R	男											有	無	H R		交付	郵送	／
			・	女													・	・	回収		
3			S H R	男											有	無	H R		交付	郵送	／
			・	女													・	・	回収		
4			S H R	男											有	無	H R		交付	郵送	／
			・	女													・	・	回収		
5			S H R	男											有	無	H R		交付	郵送	／
			・	女													・	・	回収		

受診状況	受診	給付相談	□見せかえ案内 □本人請求説明	限度額 認定証	・無 ・有（回収 済・未）	・同日申請	区分変更	特定疾病	他公費医療
	有・無	有・14日以内・不可					→	有・無	障・子・ひ
受付	任継比較	済 説明のみ 非該当	旧被扶	賦課案内済 非該当	滞納	無 納済	入力	□メモ	マイナンバー変更履歴
	税額(精算)	提示済 未	1/1住所	市内 市外	年金案内	済 不要			
	非自発	該当（ 済 後日 ） 非該当 説明のみ	70区分判定	要（ ） 不要					
納付方法		特徴 OCR 口座（ 新規・継続・変更・解除 ）	回収用封筒	済 不要	照合		リスト	賦課	資格

情報連携

申請	保険者名称		
	取得・喪失年月日		
	マイナンバーを利用した国民健康保険資格取得喪失に係る情報照会について同意します。 氏名		
結果	保険者名称	(保険者番号)	
	取得・喪失年月日		記番