

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 氏名	オオムタ タロウ 大牟田 太郎												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 □□町 2 4 - 8											
	電話	×××-△△△△-〇〇〇〇												必ず、平日の日中に連絡の取れる電話番号を記載してください。											
	マイナンバー	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1												

届出日	令和 6 年 12 月 2 日	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)
喪失		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	本人確認	パ	在カ	障 療育
職員 処理年月日		変更		氏名変更	マイナンバー	その他							本人確認	住カ(無)	年金	
													本人確認	介護	医療証	領収書
													本人確認	他(		)

国民健康保険証または資格確認書を紛失された場合は、備考欄に「紛失」と記載ください。

1	フリガナ 氏 名	生年月日	性 別	世帯主 との続柄	マイナンバー 職業・勤務先名称	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
	オオムタ タロウ 大牟田 太郎	S H R △・〇・□	男 ・女	本人	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 会社員	有 ・ 無	H R ・		交付 郵送 回収 ／	
2	オオムタ ハナコ 大牟田 花子	S H R △・〇・□	男 ・女	妻	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 無職	有 ・ 無	H R ・		交付 郵送 回収 ／	受診有
3	国民健康保険をやめる方全員（世帯主を含む）の氏名、生年月日、性別、世帯主との続柄、マイナンバー、職業、マイナ保険証の利用登録有無を記載してください。					有 ・ 無	H R		交付 郵送 ／	職場の健康保険等に参加した日以降に、大牟田市の国民健康保険を利用された場合は、備考欄に、「受診有」と記載してください。 また、受診された医療機関へ連絡をお願いします。
4						有 ・ 無	H R		交付 郵送 ／	
5						有 ・ 無	H R		交付 郵送 ／	

受診 状況	受診 有・無	給付相談 有・14日以内・不可	□見せかえ案内 □本人請求説明	限度額 認定	・無 ・同日申請	区分変更	特定疾病	他公費医療	情報連携	保険者名称		
	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	税額(精算)	提示済 未	1/1住所	市内 市外	非自発	該当（ 済 後日 ） 非該当 説明のみ	納付方法

※以下のものを同封したかチェックしてください。

- 新しい資格確認書の写しまたは資格情報のお知らせの写し（国民健康保険をやめる方全員分）
- 国民健康保険証または資格確認書（国民健康保険をやめる方全員分）
- 世帯主の本人確認書類の写し