

国民健康保険被保険者資格異動届（郵送用）

大牟田市長様

※大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 | | | |
| 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 | | 住カ | 在カ | 障 | | | | 療育 | 住カ(無) | 年金 |

| No. | 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 | 異動年月日 (取得・喪失) | 枝番 | 被保険者証 | 備考 |
|-----|------------|--|------------|------------|---------|--------------------|------------------|----------|----------------|----------------|
| | 1 | | | S H R . | 男 女 | | | H R . | | 交付 郵送 回収 |
| 2 | | | S H R . | 男 女 | | | H R . | | 交付 郵送 回収 | / |
| 3 | | | S H R . | 男 女 | | | H R . | | 交付 郵送 回収 | / |
| 4 | | | S H R . | 男 女 | | | H R . | | 交付 郵送 回収 | / |
| 5 | | | S H R . | 男 女 | | | H R . | | 交付 郵送 回収 | / |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|------------------------|-------------------|---|------------|-----------|-------|------|------|------------|--|-------|-------|----------|--|--|--|
| 受診 状況 | 受診 | 給付相談 | <input type="checkbox"/> 見せかえ案内 <input type="checkbox"/> 本人請求説明 <input type="checkbox"/> 国保証提示案内 | 限度額 認定証 | ・無 | ・同日申請 | 区分変更 | 特定疾病 | 他公費医療 | 情報連携 | | | | | | |
| | 有・無 | 有・14日以内・不可 | | | ・有(回収済・未) | → | | | | 有・無 | 障・子・ひ | 保険者名称 | 取得・喪失年月日 | | | |
| 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 | 申請 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。 | | | | | | |
| | 税額(精算) | 提示済 未 | 1/1住所 | 市内 市外 | 年金案内 | 済 不要 | | | | 照合 | リスト | 賦課 | 氏名 | | | |
| | 非自発 | 該当(済 後日) 非該当 説明のみ | 70区分判定 | 要() 不要 | 資格 | 保険者名称 | | | | | | | (保険者番号) | | | |
| 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 | 結果 | 取得・喪失年月日 | | 記番 | | | | | | | | | |