

【記載例】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	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24-8
	電話	×××-△△△△-〇〇〇	
	マイナンバー	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	
	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。		

届出日	令和4年5月6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) パ 在カ 障 療育 住カ(無) 年金 保険証 介護 医療証 領収書 他 ()
職員 処理年月日		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		
		変更		氏名変更	マイナンバー	その他								

国民健康保険証を紛失された場合は、備考欄に、「国保証紛失」と記載ください。

届出番号	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										異動年月日 (取得・喪失)	枝番	被保険者証		備考		
					職業・勤務先名称												交付	郵送			
1	大牟田 太郎	△・〇・〇	男	本人	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	HR		交付	郵送	国保証紛失
					会社員												回収	／			
2	大牟田 花子	△・□・〇	女	妻	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	HR		交付	郵送	受診有
					無職												回収	／			
3																	HR		交付	郵送	
4																	HR				
5																	HR				

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、職業を記載してください。

職場の健康保険等に加入した日以降に、大牟田市の国民健康保険証を使用された場合は、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。

受診 状況	受診 有・無	給付相談 有・14日以内・不可	<input type="checkbox"/> 見せかえ案内 <input type="checkbox"/> 本人請求説明	限度額 認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同日申請	区分変更	ー
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 照
	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			

※以下のものを同封したかチェックしてください。
新しい健康保険証の写し(国民健康保険をやめる方全員分)
国民健康保険証原本(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