

様式第1号(第12条関係)

国民健康保険異動届出書

かつらぎ町長 様

届出日	年	月	日	異動日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

窓口にお越しの方	氏名		電話番号	-	-
	住所				
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人	<input type="checkbox"/> 世帯員	<input type="checkbox"/> その他()	

世帯主	(フリガナ)	個人番号										任意記載事項 (マイナンバーカードの健康保険証利用登録が無い方のみ)		
	氏名													
住所	<input type="checkbox"/> 同上													
1	(フリガナ)	世帯主からみた関係	マイナンバーカード(※1)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)										任意記載事項(※2)の記載を希望する <input type="checkbox"/>	
	氏名		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
	生年月日	年	月	日	個人番号									
2	(フリガナ)	世帯主からみた関係	マイナンバーカード(※1)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)										任意記載事項(※2)の記載を希望する <input type="checkbox"/>	
	氏名		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
	生年月日	年	月	日	個人番号									
3	(フリガナ)	世帯主からみた関係	マイナンバーカード(※1)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)										任意記載事項(※2)の記載を希望する <input type="checkbox"/>	
	氏名		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
	生年月日	年	月	日	個人番号									
4	(フリガナ)	世帯主からみた関係	マイナンバーカード(※1)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)										任意記載事項(※2)の記載を希望する <input type="checkbox"/>	
	氏名		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
	生年月日	年	月	日	個人番号									
5	(フリガナ)	世帯主からみた関係	マイナンバーカード(※1)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)										任意記載事項(※2)の記載を希望する <input type="checkbox"/>	
	氏名		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
	生年月日	年	月	日	個人番号									

職員記入欄

取得		喪失		
国保	乳・愛	重心	年金	その他

備考

第4条(本人確認の方法)		
有	第1項の免許証・旅券 () 第2項第1号の証書等 () 第2項第2号の書類等 () 第3項の口頭等の質問 ()	無 通知(要・不要・済) ()

※1 マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。

※2 任意記載事項とは、一部負担金限度額の適用区分、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額の適用区分、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分のことをいいます。

任意記載事項を記載することで、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証の別途交付申請が不要となります。