

# 大山崎町国民健康保険 異動届

※太枠内の必要事項について記入してください。

届出日		令和 年 月 日		世帯主から見た続柄		受付	処理	確認	受付印					
届出人						資格情報お知らせ・ 資格証明書・ 高齢受給者証 を受領しました								
電話番号		— —												
異動事由	加入	<input type="checkbox"/> 社会保険資格喪失 ( <input type="checkbox"/> 任意継続保険には加入しない ) <input type="checkbox"/> 国保組合脱退 <input type="checkbox"/> 自発的 <input type="checkbox"/> 非自発的 (雇用保険有) <input type="checkbox"/> 生活保護停止 <input type="checkbox"/> 扶養者の後期移行 <input type="checkbox"/> 任意継続期限切れ			加入・脱退日 (異動日)	平成 年 月 日 令和								
	脱退	<input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 国保組合加入			(脱退のみ) 国保脱退後の 国保証利用	<input type="checkbox"/> 有 ( 月頃 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				( <input type="checkbox"/> 14日以内の届出 )				
	他	<input type="checkbox"/> ( )												
現住所		大山崎町字 円明寺 小字 下植野		番地										
異動対象者の1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 大山崎町外 (住所を以下に記入してください) <input type="checkbox"/> 大山崎町内												
福祉医療制度の利用		<input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証 (老人・障害・ひとり親) <input type="checkbox"/> 子育て支援医療費受給者証 →健康保険の変更内容について、関係部署に情報提供します。												
世帯主 異動有無	氏名	生年月日	世帯主から見た続柄	70歳以上	(加入)マイナ保険証紐づけ	脱退時		加入時						
						保険証確認書	交付	年金						
						<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
						有・無	フリガナ世帯主 個人番号 ( )	昭・平・令 年 月 日		いいえ / はい ↓ 受給者証発行	あり / なし / 不明			
						異動対象者のみ記入	フリガナ世帯員 個人番号 ( )	昭・平・令 年 月 日	夫 妻 子 ( )	いいえ / はい ↓ 受給者証発行	あり / なし / 不明	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	フリガナ世帯員 個人番号 ( )	昭・平・令 年 月 日	子 孫 ( )	いいえ / はい ↓ 受給者証発行	あり / なし / 不明	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	フリガナ世帯員 個人番号 ( )	昭・平・令 年 月 日	子 孫 ( )	いいえ / はい ↓ 受給者証発行	あり / なし / 不明	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	フリガナ世帯員 個人番号 ( )	昭・平・令 年 月 日	子 孫 ( )	いいえ / はい ↓ 受給者証発行	あり / なし / 不明	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
本人確認	免許・パスポ・保険証・マイナ・手帳・住民係 ( )		保険証記号・番号		世帯被保数		世帯主							
収納確認 (新たに国保世帯となる場合)	減免等の案内		崎-		人 → 人		普・疑主							
機構連絡	要・不要	なし・旧被扶養・障害・非自発的・産前産後		高額区分	前	→	後	年 / 月						
特別療養費	非該当・該当			前高区分	前	→	後	/						
システム入力	令和 年 月 日		交付履歴確認 (世帯異動・負担区分)											
(加入時) 14日 超過理由	給付開始日 <input type="checkbox"/> 異動日 <input type="checkbox"/> 届出日 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額 <input type="checkbox"/> 特定疾病		口座登録	有 ( 月 ) ・ 無		限度額適用	レセプト 有・無					
	<input type="checkbox"/> 事前の連絡等 (窓口・TEL: / ) <input type="checkbox"/> 証明書の到着が遅かった ( / 着 ) <input type="checkbox"/> 忙しかった <input type="checkbox"/> 忘れていた <input type="checkbox"/> 知らなかった <input type="checkbox"/> 別紙のとおり		未納	有 ( 月 ) ・ 無		申告	必要・被扶養							
メモ														