

阿蘇市国民健康保険被保険者異動届

阿蘇市長 様

以下のとおり、届出ます。

* 太枠内を記入してください

世帯主	住所	阿蘇市										届出日	令和 年 月 日									
	氏名											個人番号										
												電話番号										
異動する人	氏 名										世帯主との続柄		生 年 月 日		マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は記入不要)							
	男・女										☐ 世帯主本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		年 月 日		有 ・ 無							
	個人番号																					
	男・女										☐ 世帯主本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		年 月 日		有 ・ 無							
	個人番号																					
	男・女										☐ 世帯主本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		年 月 日		有 ・ 無							
	個人番号																					
男・女										☐ 世帯主本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		年 月 日		有 ・ 無								
個人番号																						
男・女										☐ 世帯主本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		年 月 日		有 ・ 無								
個人番号																						
窓口に来た人 (世帯主以外の場合記入)												世帯主との関係		☐ 同一世帯の家族 ☐ ()								
												連絡先										

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

被保険者 記号・番号	阿蘇							届出事項	取得	☐ 社保離脱 ☐ 組合離脱 ☐ ()
異動日	令和 年 月 日								喪失	☐ 社保加入 ☐ 組合加入 ☐ ()
資格の得喪に関する特別な事由がある場合										収納・申告

確認	

【 確 認 事 項 】

☐ 喪失日・扶養確認	事業所名： _____	TEL： _____
☐ 資格確認書発行	(窓口交付 ・ 郵送)	
☐ 口座登録確認		
☐ リーフレット配布		
☐ 失業軽減案内		
☐ 旧被扶養者該当		
☐ 喪失後受診		

資格確認書等貼付欄

本人確認	確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 運 転 免 許 証 ☐ 身体障がい者手帳 ☐ 在 留 カ ー ド ☐ ()
	個人番号	☐ 個人番号カード ☐ 通 知 カ ー ド ☐ 住 民 票 ☐ 公簿 (閲覧同意 有 ・ 無) ☐ ()
	代理人	☐ 委 任 状 ☐ ()