

(国民健康保険・国民年金) 異 動 届

世帯番号	新	
	旧	

国保証番号	現	
	新	

◎太枠の中をご記入ください

届出	令和 年 月 日	届出人氏名 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人()				異動事由 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転居 (<input type="checkbox"/> 全- <input type="checkbox"/> 全→-) <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 強制修正 <input type="checkbox"/> 個人項目変更 <input type="checkbox"/> 世帯(分離・合併・一部変更)			
異動	令和 年 月 日	TEL(- - 自宅・携帯・勤務先)								
住所	京都府宮津市字				方書等	世帯主 フリガナ		個人番号		
資格異動対象者						※ 国 保 処 理 欄				
フリガナ 氏 名		生年月日	性別	続柄	個人番号	国民健康保険資格				国民年金 基礎年金番号
1		昭・平・令・西暦 .	男女			有無	本人被扶	得喪	交付回収	
2		昭・平・令・西暦 .	男女			有無	本人被扶	得喪	交付回収	
3		昭・平・令・西暦 .	男女			有無	本人被扶	得喪	交付回収	
4		昭・平・令・西暦 .	男女			有無	本人被扶	得喪	交付回収	
5		昭・平・令・西暦 .	男女			有無	本人被扶	得喪	交付回収	
6		昭・平・令・西暦 .	男女			有無	本人被扶	得喪	交付回収	

国民健康保険資格得喪の理由等											
取得	1 社保離脱	喪失	4 社保加入								
	2 生保廃止		5 生保開始								
	3 その他		6 その他								
社保資格						社保得喪状況					
1 本人	加入喪失	平成	年	月	日						
()	被保険者証 交付年月日	平成	年	月	日						
2 被扶養者	被保険者証 記号番号										
	事業所名										
	保険者名										
国民年金資格得喪の理由等											
基礎年金番号											
他年金番号											
届書内容						該当年月日					
新規取得						年	月	日			
再取得											
1 適用洩れ 2 20才到達 3 公的年金から											
4 学生 5 その他											
種別変更		年	月	日							
1 1号→任 2 任→1号 3 3号→1号											
資格喪失		年	月	日							
資格喪失申出											
1 公的年金加入 2 公的年金加入配偶者 3 喪失申出											
4 期間満了喪失 5 死亡 6 その他											

※処理欄	受付	資格入力	賦課	点検
国保				
年金				

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 書類提示が困難である理由(忘れて持参してない、所在がわからない、())	
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 その他()	
<input type="checkbox"/> 座振替登録	登録(有(可・否)・無)	
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請(<input type="checkbox"/> 世帯主・ <input type="checkbox"/> 代理人()) <input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未