

国民健康保険 異動届兼申請書

岸和田市長 様

記号番号	新	岸国
	旧	岸国
届出年月日	年 月 日	

※太枠欄を記入してください。

異 動 事 由 (該当するものに○をつける)		
加入	転入のため・社会保険をやめたため 国保組合をやめたため・出生のため 生活保護廃止・後期喪失・その他 ()	脱退 転出のため・社会保険に入ったため 国保組合に入ったため・死亡のため 生活保護開始・後期取得・その他 ()
		他 世帯分離・世帯合併・世帯変更 世帯主変更・転居・氏名変更 その他 ()

	世帯主氏名	個人番号(マイナンバー)	住 所		電 話 番 号	
新						
旧						
異 動 す る 人	氏 名	個人番号(マイナンバー)	続 柄	異 動 日	証回収	添 付 書 類
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日	右 記 職 員 記 入 欄 未・済	1、住民異動届の写し 2、住記現世帯構成(基本情報) 3、住記現世帯構成(他業務照資格情報) 4、住記個人情報 5、国民健康保険証(回収分) 6、新しい保険証のコピー 7、健康保険資格取得・喪失証明書 8、給付証明書交付申請書 9、その他()
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日		
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日		
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日		
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日		
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日		
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日		
	男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日		
男 女 生年月日 年 月 日			年 月 日			

上記のとおり異動がありましたので届出いたします。

届 出 人	住所			
	氏名	世帯主から みた続柄	※代筆の場合は以下を記入	
	電話番号	()	代筆者氏名	届出人から みた続柄

受付印(郵送時)
担当

異動届兼申請書をお送りいただく前にご確認ください

不備がある場合は届け出があったとみなすことができませんのでご注意ください。

I、記入内容の確認

「申請書の記入例」を再度ご覧いただき、記入漏れがないか確認してください。

II、必要書類の確認

下表の必要なものが同封されているか確認してください。

異動事由	必要書類	
	異動事由ごとに必要	全ての異動事由に必要
加入	転入のため 出生のため	<ul style="list-style-type: none"> ・異動届兼申請書 ・世帯主、加入する人の個人番号がわかるもの ・届出人の本人確認書類
	社会保険をやめたため 国保組合をやめたため	
	生活保護廃止	
	後期喪失	
脱退	転出のため 死亡のため	<ul style="list-style-type: none"> ・異動届兼申請書 ・世帯主、加入する人の個人番号がわかるもの ・届出人の本人確認書類
	社会保険に入ったため 国保組合に入ったため	
	生活保護開始	
	後期取得	
他	世帯分離・世帯合併 世帯異動・世帯主変更 転居・氏名変更	<ul style="list-style-type: none"> ・異動届兼申請書 ・世帯主、加入する人の個人番号がわかるもの ・届出人の本人確認書類

(その他事由により異動される方は健康保険課へお問い合わせください)

III、届出期限の確認

異動日から、14日以内に健康保険課へ届くように郵送してください。

(資格取得・喪失証明書見本) ※保険者によってデザインは異なります。

健康保険資格取得・喪失証明書						
被保険者証 記号・番号	記号	番号	住所	岸和田市	電話	
区分	氏名	性別	生年月日	続柄	資格取得日	資格喪失日
被保険者		男女	年 月 日	本人	年 月 日	年 月 日
被扶養者		男女	年 月 日		年 月 日	年 月 日
		男女	年 月 日		年 月 日	年 月 日
		男女	年 月 日		年 月 日	年 月 日
		男女	年 月 日		年 月 日	年 月 日
保険者	全国健康保険協会()支部 ()健康保険組合 ()共済組合 ()国民健康保険組合		喪失理由	1. 退職または国保組合脱退 2. 任意継続被保険者の資格喪失 3. その他() ……上記の理由により被扶養者に該当しなくなった。		
上記のとおり相違ないことを証明します。				【注意事項】 ・退職の場合、資格喪失日は退職日の翌日です。 ・国民健康保険に加入する際は、資格喪失日から14日以内に届出を行ってください。 ・加入の届出が遅れた場合、保険料は加入届出した月からではなく、資格を取得した月に遡って納めなければなりません。		
証明者 (事業所または保険者)	住所	名称	電話	担当者	【加入届出に必要な書類】 ・異動届兼申請書 ・届出人の本人確認書類 ・健康保険資格喪失証明書 ・世帯主、加入する人の個人番号がわかるもの	
平成 年 月 日				【問い合わせ先】 岸和田市健康保険課 TEL.(072)423-9457 (給付資格担当)		

※雇用保険資格喪失証明書や受給資格者証、

離職票とは異なりますのでご注意ください

【お問い合わせ・送付先】

〒596-8510 岸和田市岸城町7番1号
岸和田市役所 保健部 健康保険課 給付資格担当
直通電話: 072-423-9457