

国民健康保険 資格異動届書 (加入・変更)

熊本市長あて

(令和 年 月 日受付)

記号番号 新 旧

適用開始・変更

受付 区役所 総合出張所 確認 住民票 資格 所得 電話 保険証 納付書

現住所 熊本県熊本市区 旧住所

フリガナ 現在の世帯主 旧世帯主

異動のある方全員を記入してください。 (フリガナ) 被保険者氏名 続柄 性別 生年月日 個人番号(マイナンバー) 適用開始年月日

固定電話 電話番号 携帯電話番号 ※所有者

新 旧 全部・一部 ※備考 1. 転入 2. 社保離脱 3. 出生 4. 生保廃止 5. 後期喪失 6. 転居 7. 世帯分離 8. 世帯合併 9. 主変更 10. 氏変更 「旧: 」→「新: 」 11. その他 () 12. その他 主の()による新番

黄色いセル内だけを記入してください。

熊本市では普通徴収(年金差引以外)に係る保険料の納付は、口座振替が原則です。

【熊本市国民健康保険条例施行規則第20条】

※口座振替の登録は、Web口座振替受付サービスまたは、金融機関もしくは各区役所・総合出張所の窓口にて登録をお願いいたします。

上記のとおり届けます。 令和 年 月 日 世帯主氏名 個人番号(マイナンバー) (なお、この届出に係わる住民税の賦課資料について調査することを承諾します。)

前勤務先 企業名 [] 住所 [] TEL []

担当者 様 確認者 社保の喪失年月日(保険証が使えなくなった日) 年 月 日

療養(有・無) 擬制世帯説明済 遡及説明 任継しない 転入以前は() (学)ではない 非自発的失業者(有・無) →コピー(未・済)

国民健康保険被保険者証受領の署名欄 届出の国民健康保険被保険者証を受領しました。 令和 年 月 日

適用開始・変更

黄色いセル内だけを記入してください。

受付		区役所	総合出張所	確認	住民票	資格	所得	電話	保険証	納付書

国民健康保険 資格異動届書 (加入・変更)

熊本市長あて

(令和 年 月 日受付)

Web 用

記号番号	
新	—
旧	

現住所	熊本 県 熊本市 中央 区 手取本町1番1号 方書 (アパート、団地等の名称) 市役所マンション1401
-----	---

フリガナ	ヒゴ タロウ
現在の世帯主	肥後 太郎

旧住所	
-----	--

旧世帯主	
------	--

異動のある方全員を記入してください	(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	
	被保険者氏名			個人番号(マイナンバー)	
1	ヒゴ タロウ 肥後 太郎	本人	男	昭和 55 年 4 月 1 日 0000 0000 0000	
2	ヒゴ ハナコ 肥後 花子	妻	女	昭和 57 年 8 月 11 日 1111 1111 1111	
3	ヒゴ ジロウ 肥後 次郎	子	男	平成 18 年 5 月 20 日 2222 2222 2222	
4				年 月 日	
5				年 月 日	

- ・黄色いセル内を入力してください。
- ・続柄、性別、和暦はドロップリストから選択できます。
- ・個人番号(マイナンバー)はマイナンバーカードや通知書に記載されている12桁の番号です。
- ・届出義務者は 世帯主様です。

熊本市の国民健康保険料の納付方法は原則、口座振替です。
窓口でお申し込みの際は以下のものをご持参ください。
○口座番号のわかる物(キャッシュカード又は通帳)
○銀行の届出印(肥後銀行、熊本銀行、熊本信用金庫、熊本第一信用金庫、熊本中央信用金庫、ゆうちょ銀行、九州労働金庫のキャッシュカードをご持参いただく場合は不要です。)
※郵送で届出される場合は、口座振替の手続きが別途必要です。

7. 世帯分離	社保本人 ()
8. 世帯合併	社保本人 ()
9. 主変更	との続
10. 氏変更	「旧: ()」→「新: ()」
11. その他	()
12. その他	主の()による新番

<input type="checkbox"/> 療養(有・無)	<input type="checkbox"/> 擬制世帯説明済
<input type="checkbox"/> 遡及説明	<input type="checkbox"/> 任継しない
<input type="checkbox"/> 転入以前は()	<input type="checkbox"/> (学)ではない
<input type="checkbox"/> 非自発的失業者(有・無)	→ コピー(未・済)

上記のとおり届けます。
令和 3 年 4 月 1 日
世帯主氏名 肥後 太郎
個人番号(マイナンバー) 0000 0000 0000
(なお、この届出に係わる住民税の賦課資料について調査することを承諾します。)

前勤務先	企業名 [株式会社 ○×商事]
	住所 [熊本市中央区○○3丁目1番1号]
	TEL [096-328-0000]

担当者	様	確認者	
社保の喪失年月日(保険証が使えなくなった日)	年 月 日		

国民健康保険被保険者証受領の署名欄
届出の国民健康保険被保険者証を受領しました。
令和 年 月 日