

適用開始・変更

赤枠内だけを記入してください。

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

受付								
区役所	総合出張所	確認	住民票	資格	所得	電話	資格確認書等	納付書

新	—
旧	—

現住所	熊本市 区	フリガナ
	方書 (アパート、団地等の名称)	現在の世帯主
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			マイナ保険証登録	適用開始年月日	電話番号	固定電話	
	被保険者氏名			個人番号(マイナンバー)						—	—
1				年	月	日		平 令			
2				年	月	日		平 令			※備考
3				年	月	日		平 令			1. 転入 前 円→後 円
4				年	月	日		平 令			2. 社保離脱 月から約 円(増・減)
5				年	月	日		平 令			3. 出生 (手渡し・郵送)
											4. 生保廃止
											5. 後期喪失 I 本人 II 被扶養者
											6. 転居 社保本人 ()
											7. 世帯分離 の氏名 ()
											8. 世帯合併 社保本人 ()
											9. 主変更 との続柄

国民健康保険料の口座振替	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】	10. 氏変更 「旧: 」→「新: 」
	※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。	11. その他 ()

上記のとおり届けます。 令和 年 月 日	前勤務先 企業名 [] 住所 [] TEL []	12. その他 主の()による新番
世帯主氏名 [] 個人番号(マイナンバー) []		<input type="checkbox"/> 療養(有・無) <input type="checkbox"/> 擬制世帯説明済 <input type="checkbox"/> 遡及説明済 <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) <input type="checkbox"/> ひまわり案内済
(なお、この届出に係わる住民税の賦課資料について調査をすることを承諾します。)	担当者 様	国民健康保険資格確認書等受領の署名欄 届出の国民健康保険資格確認書等を受領しました。
	承認者	令和 年 月 日
	社保の喪失年月日	氏名
	平成・令和 年 月 日	