

着色された部分を確認の上ご記入ください。

## 磐田市国民健康保険被保険者 異 動 届 (国保加入)

磐田市長あて

下記のとおり届出いたします。

届出日		被保険者番号		届出人	本人、世帯主、その他	電話番号	自宅、勤務先
住所					<p>この届出は、磐田市国民健康保険の資格取得のための手続きです。</p> <p>※今回の国保加入となる期間以前に無保険だった期間がある方は郵送での手続きはできません。</p> <p>※国保組合や社会保険などの任意継続をしていた場合、過去の保険履歴を確認できず返送させていただきますことがあります。</p> <p>【申請者同意欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 資格確認書（資格情報通知書）の郵送までに10日～2週間かかりますが問題ありません。</p> <p><input type="checkbox"/> 書類の不足や不備があった場合は書類一式を返送させていただきますが問題ありません。</p> <p>（資格確認書等の郵送が上記日数以上に遅れます）</p> <p>※ 必ずレ点をつけてください。以上に同意いただけない場合は、郵送による届出はできません。</p> <p>【申請者チェック欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 異動届のうち、色のついた欄はすべて記載されていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 書類は不足なく同封しましたか。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 異動届</li><li>・ 社会保険の資格喪失証明書（脱退連絡票）</li><li>・ 本人確認書類の写し（マイナンバーカード表面・免許証など）</li></ul>		
方書							
No.	氏 名	生年月日	マイナ保険証	取喪日			
1			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				
2			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				
3			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				
4			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				
5			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				

健康保険に加入していた方、扶養認定の対象外となった方についてご記入ください。

職員確認欄

健康保険を脱退した日(扶養認定を外れた日)です。

【返送理由】 以下の理由により届出を返送いたします。

☐ 添付書類が不足している（資格喪失証明書（脱退連絡票）・本人確認書類）

☐ 記載内容に不備（不足）がある

（不備の内容： ）

☐ 手続き不可（無保険だった期間がある・保険履歴が確認できない）

☐ その他

内容：

磐田市 国保年金課資格管理グループ

〒438-8650 磐田市国府台3番地1

TEL 0538-37-4833