

柏市国民健康保険異動届出書

※太枠内を御記入ください。

記入日

記入したかた

※太枠内に必要事項を記入していただき、受付窓口にて提出してください

届出日	年 月 日	届出理由 (該当に○)	加入 (脱退) 変更
届出人	氏名	世帯主名 (世帯主以外の場合記入)	
	個人番号	世帯主個人番号 (世帯主以外の場合記入)	
	住所	柏市 Tel ()	

適用開始 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> その他	適用終了 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通 → 擬制 <input type="checkbox"/> 擬制 <input type="checkbox"/> 擬制 → 普通	保険番号	異動年月日 年 月 日
保険証回収 <input type="checkbox"/> 回収 (枚) <input type="checkbox"/> 未回収 (枚)	<input type="checkbox"/> 世帯主＝納付義務者説明 <input type="checkbox"/> 保険料発生時期(年 月分～, 期)説明 <input type="checkbox"/> 未納有 → <input type="checkbox"/> 収納窓口にて交付 <input type="checkbox"/> 収納相談済 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 簡易中告書有 <input type="checkbox"/> 前市資格確認		<input type="checkbox"/> 任意継続案内 <input type="checkbox"/> 旧被扶養者の確認(65歳以上) <input type="checkbox"/> 非自発的失業軽減案内(65歳未満) <input type="checkbox"/> 年金手続案内

脱退するかた

No.	フリガナ 異動する方の氏名	性別 生年月日	世帯主 との続柄	個人番号	柏市国保 資格確認
1		男・女			国保 退本
		年 月 日			他保 退被
2		男・女			国保 退本
		年 月 日			他保 退被
3		男・女			国保 退本
		年 月 日			他保 退被
4		男・女			国保 退本
		年 月 日			他保 退被
5		男・女			国保 退本
		年 月 日			他保 退被

【適用開始事由】 <input type="checkbox"/> 転入 (□海外) <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 出生⇒□一時金 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他取得	【適用終了事由】 <input type="checkbox"/> 転出 (□海外) <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 死亡⇒□葬祭費(済・未) <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> その他喪失 <input type="checkbox"/> 職権消除	【その他】 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏変 <input type="checkbox"/> 合併 <input type="checkbox"/> 分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 主変 (□死亡主変) <input type="checkbox"/> 入力訂正有
---	---	--

No.	氏名	個人番号	住所 (旧一筆)
1			
2			
3			
4			
5			

保険証発行 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 未交付	担当者 受付 入力 検査 交付	入力印 出張所
---	-----------------------------	------------

- ・太枠内にご記入の上、職場の健康保険証のコピー (国民健康保険を脱退するかた全員分) を添付して、柏市役所保険年金課までご郵送ください。
- ・国民健康保険証を二つに切って返却してください。