

# 国民健康保険被保険者 資格異動届(適用開始及び適用終了届)

(宛先) 上尾市長

受付番号

※太枠内を記入してください

住所	上尾市									
前住所または 転出先の住所	(転出・転入の場合のみ)									
世帯主 氏名										
	個人番号									
申請者	同上 <input type="checkbox"/>									
電話番号	◎ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他( )									

被保険者記号番号					
新					
旧					
届出日	年	月	日	入力日	/

資格確認書

旧	新	フリガナ 加入者氏名	生年月日	性別	マイナ保険証 利用登録 △	個人番号(12桁)						前住 国保	異動年月日
回 未 期限	回 未 期限		昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄		職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
回 未 期限	回 未 期限		昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄		職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
回 未 期限	回 未 期限		昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄		職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
回 未 期限	回 未 期限		昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄		職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	
回 未 期限	回 未 期限		昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄		職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	

世帯の 種類	普通	対象 確認	特定同一世帯
	擬制		特定活動(指示書要) 個人番号変更( / )

世帯主 変更	新	
	旧	

備考

得喪区分	取得	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	異動事由	転入 出生 社保離脱 職権回復 組合離脱 後期離脱 生保廃止 その他
	喪失	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部		転出 死亡 社保加入 職権削除 組合加入 後期障害 生保開始 その他
	<input type="checkbox"/> 変更	世帯合併 氏名変更 世帯分離 世帯主変更 世帯変更 住所変更 その他		

発行物	<input type="checkbox"/> 資格確認書 70歳以上 2割・3割 発効期日( / ) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送( / ) <input type="checkbox"/> 未交付	
入力者		確認者	

取得	年1月1日の住所 上尾市内・市外	申告 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	30/100	口座	試算結果 ( 円)
	年1月1日の住所 上尾市内・市外	申告 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 受付済 <input type="checkbox"/> 後日(案内済) <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 取り消し	( 30/100の場合 円)
			<input type="checkbox"/> 任継なし	<input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 擬制世帯主説明済

喪失	喪失日以降の国保受診確認 (喪失日を✓)	保険者間 調整	喪失日以降 特定健診 人間ドック	葬祭費
	<input type="checkbox"/> 前々月~当日 → <input type="checkbox"/> 頭確認	<input type="checkbox"/> 受診無 → <input type="checkbox"/> 受診有	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 前々月以前 → <input type="checkbox"/> レセ確認	<input type="checkbox"/> レセ無 → <input type="checkbox"/> レセ有		<input type="checkbox"/> 受付済 <input type="checkbox"/> 後日 (案内済)

賦課更新				還付 有・無
R	R	R	R	
新主		旧主		
O/L・B/T		O/L・B/T		
窓渡し・郵送		窓渡し・郵送		

受付場所	
平方・原市・大石・駅 上平・大谷・尾山台	受付者

△マイナンバーの保険証利用登録の有無に✓を入れてください。マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。  
◎電話番号は必要に応じて保健事業に活用します。