

(あて先) 高崎市 長

# 国民健康保険異動届

個人番号を利用した情報連携申請書

個人番号変更届出書

※太枠内にご記入ください。

記号 番号	新	
	旧	

届出 年月日	令和	年	月	日
異動 年月日	平成	年	月	日

国民健康保険異動事由						
1 取得						
01	02	03	04	05	06	07
出 生	転 入	社 保 離 脱	生 保 廃 止	そ の 他	組 合 離 脱	後 期 離 脱
2 喪失						
08	09	10	11	13	14	15
死 亡	転 出	社 保 加 入	生 保 開 始	そ の 他	組 合 加 入	職 権 消 除

届出人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人	届出人氏名	代理人住所
本人住所		電話 ( )
高崎市 町	フリガナ	世帯主
電話 ( )	氏名	個人番号

※該当する方全員を下欄にご記入ください。

フリガナ 氏名	生年月日	個人番号 ※1	性別	世帯主との 続柄	職業	得喪年月日								
						有・無	平・令	得・喪	有・無					
1	昭・平・令		男・女			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪
2	昭・平・令		男・女			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪
3	昭・平・令		男・女			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪
4	昭・平・令		男・女			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪
5	昭・平・令		男・女			有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪	有・無	平・令	得・喪

  

情報 連携	国保取得・喪失	記入欄	特例対象被保険者等	記入欄	情報連携結果	離職理由
	I	保険者名		離職理由		<input type="checkbox"/> 情報連携結果一致 <input type="checkbox"/> 情報連携結果不一致 <input type="checkbox"/> 情報連携エラー 保険者照会・厚生年金記録照会
II	[取得・喪失]年月日		離職年月日			
III	勤務先名		再就職有無			
IV	社会保険離脱証明書の発行が困難である理由					

II. [取得・喪失]年月日は、社会保険被保険者の取得・喪失年月日が異なる場合はそれぞれご記入ください。

※1. 個人番号変更届出は、変更前の個人番号及び変更後の個人番号をそれぞれご記入ください。

備 考	[個人番号確認]	[身元確認]	[本人確認]	[保険証処理]	窓 口 入 力 確 認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し (個人番号記載あり) <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 交付(窓・郵) <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 有効期限変更	