

国民健康保険異動届

(あて先) 八尾市長 ★太枠内をご記入の上、必要書類を添えて健康保険課にご提出ください。

受付	入力	渡し	点検	被保険者番号
				新
				旧

令和	・	・	該当項目に○印を してください。	取得届出・喪失届出・その他届出
----	---	---	---------------------	-----------------

世帯主	住所	フリガナ	電話番号 ()
	八尾市	氏名	
	個人番号		

該当する人全員を記入してください。	該当者氏名		生年月日	性別	マイナ保険証 (喪失届出時は☑不要)	国保資格 得喪年月日	取得		喪失		本人確認①	備考	資格確認書 高齢証 手渡し・郵送・書替・処理済・未処理
	1	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	全部 一部	全部 一部	個人番号カード	□ () は社保加入			
		個人番号					転入	転出	運転免許証				
	2	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	出生	死亡	運転経歴 証明書				
		個人番号					社保離脱	社保加入	旅券				
	3	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	国組離脱	国組加入	身体障害者手帳				
		個人番号					生保廃止	生保開始	精神障害者 保健福祉手帳				
	4	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	職権回復	職権消除	療育手帳				
		個人番号					その他取得	その他喪失	在留カード				
	5	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	世帯変更		特別永住者証明書		特定所属者連絡票	受・渡	
		個人番号					住所地特例取得	住所地特例喪失	その他 ()		旧被扶養者連絡票	受・渡	
	6	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	異動訂正取消	異動訂正取消	本人確認②		世帯主		
		個人番号					後期高齢撤回	後期高齢 (年齢到達)	その他2点		世帯主変更 死亡主変・同一世帯内主変	国主取得	
	7	フリガナ	昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 □有 □無	得・喪 年 月 日	住登外	後期高齢 (障がい認定)	()		ギ主取得	ギ主喪失	
		個人番号					特定所属取得	特定所属喪失	()		特定ギ取得	特定ギ喪失	

※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。

受領確認欄

枚数	枚	受領者氏名	
----	---	-------	--