

■ 網掛け箇所にご記入の上、必要書類を添えて健康保険課にご提出ください。

書き方見本

取得届出に○をしてください。

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。

令和 6 ・ 12 ・ 25

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

受付	入力	渡し	点検	被保険者番号
				新
				旧

窓口に来られた方	住所	フリガナ	ヤオシ タロウ	電話番号	072 (924) ×△○□
	八尾市○△町×丁目□番□号	氏名	八尾市 太郎		
世帯主	住所	フリガナ		電話番号	()
	八尾市	氏名	同上		
		個人番号	1234 5678 9101	同上	

来庁者様の住所・氏名(フリガナ)・電話番号を記入してください。

世帯主様の住所・氏名(フリガナ)・電話番号(同じであれば「同上」に○)・個人番号(マイナンバー)を記入してください。

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)	国民健康保険資格 得 喪 年 月 日	取 得	喪 失	本人確認①	備 考		高齢 資格 確認 書 手 渡 し ・ 垂 送 ・ 書 替 ・ 書
-------------------	-----------	--	---------	----	-----------------------	-----------------------	-----	-----	-------	-----	--	--

加入する人全員の氏名(フリガナ)・個人番号(マイナンバー)・生年月日・性別・マイナ保険証の有無を記入してください。

※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。

受領確認欄

枚数	枚	受領者氏名	
----	---	-------	--