

第1号様式  
第7条  
第8条、  
第9条関係

長久手市長殿

異動事由

資格取得/喪失・適用開始/終了

各種変更

# 社会保険加入による国保喪失の場合

異動日  
.....  
届出日  
R.....

社保離脱  
 **社保加入**  
 転入・転出  
(県内・県外)  
 生保廃止  
 生保開始  
 出生  
 死亡  
 その他  
( )

世帯主変更  
 世帯変更  
 住所変更  
 氏名変更

更新  
険証  
齢受給者証  
記号番号  
加入区分 新規・追加 喪失区分 全部・一部

世帯主	氏名	長久手太郎	氏名 ※ <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	電話 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ	<input type="checkbox"/> 保険証 確認
	電話	090-1111-XXXX	長久手花子		続柄 妻
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○	住所 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	住所	長久手市 岩作城の内 60 番地 1	新世帯主名	新氏名	旧氏名

世帯主について  
記入してください

国民健康保険を喪失される方の  
名前等を記入してください

氏名	生年月日	性別	続柄	令和2年1月1日時点住所	付理由	確認事項
1 長久手太郎	昭・平・令 45・4・1	男	本人	○○○○○○ ○○○○○○ <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 続柄確認 <input type="checkbox"/> 証発行(保険証・高齢証・限度額証) <input type="checkbox"/> 印字ずれ無し <input type="checkbox"/> 有効期限(※注 在留期限、誕生日) <input type="checkbox"/> 対象者氏名 世帯主名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 適用日 <input type="checkbox"/> 交付年月日(※注 未来日発行) <input type="checkbox"/> 再交付印
2 長久手花子	昭・平・令 45・5・5	男・女	妻	×××××× ×××××× <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ	世帯主変更理由 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 主死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 証回収(保険証・高齢証・限度額証) 期限変更( )まで有効 <input type="checkbox"/> 所得区分変更(なし・あり) <input type="checkbox"/> 旧被扶養(非該当・該当) <input type="checkbox"/> 未納(なし・あり(現年・過年)) <input type="checkbox"/> 賦課(随時・納付書・還付) <input type="checkbox"/> 口座(なし・あり(使用可・不可)) <input type="checkbox"/> マル学確認 <input type="checkbox"/> 口振勧誘 <input type="checkbox"/> 医療証(なし・あり) <input type="checkbox"/> 喪失後受診 (なし・あり(保険者間調整・後日案内)) <input type="checkbox"/> 特定健診申込(なし・あり・不明)
3 長久手小太郎	昭・平・令 6・10・12	男・女	子	△△△△△△ △△△△△△ <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ		
4					本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバー カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	
5		男・女				

・太枠内の該当箇所を記入してください。  
・新しい社会保険証のコピー[全員分]を添付してください。  
・長久手市国民健康保険証も一緒に返送してください。