

第1号様式
第7条
第8条、
第9条関係

長久手市長殿

異動日	・
届出日	・

異動事由	<input checked="" type="checkbox"/> 資格取得/喪失・適用開始/終了 <input checked="" type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 転入・転出 <input type="checkbox"/> (県内・県外) <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
------	--

<h2 style="text-align: center;">職場退職による国保加入の場合 社会保険加入者の扶養を外れた場合</h2>			
各	<input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 更 <input type="checkbox"/> 更 <input type="checkbox"/> 更	給付者証 <input type="checkbox"/> 加入区分 <input type="checkbox"/> 新規・追加 <input type="checkbox"/> 喪失区分 <input type="checkbox"/> 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	XXXXXXXXXXXX	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

国民健康保険に加入される方の
名前等を記入してください

再交付理由	確認事項
<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"/> 氏名変更(氏名・住所) <input type="checkbox"/> 住所変更(住所) <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 主死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()
平成31年1月1日時点住所、 令和2年1月1日時点住所が 現住所、前住所と違う場合はその 時お住まいの住所(市区町村まで) を記入してください	<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)

氏名	生年月日	性別	続柄	住所
1 長久手太郎	昭・平・令 45・4・1	男・女	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ
2 長久手花子	昭・平・令 45・5・5	男・女	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ
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 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ H30 愛知県名古屋市名東区 R2 愛知県日進市
4	<ul style="list-style-type: none"> ・該当箇所を記入してください。 ・必ず世帯主の本人確認書類(免許証等)のコピーを添付してください ・該当者は別に国民年金の加入届も記入して同封してください 			
5	男・女			