

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	再 交 付	国民健康保険被保険者資格異動届	
	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 転入・転出 (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 ()	<input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 続柄変更 <input type="checkbox"/> 証更新 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	被保険者 記号・番号	
	取得区分	新規	追加	喪失区分	全部

世 帯 主	氏名	(マイナンバー) 個人番号	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	世帯主との続柄	再交付理由
	電話	前年↓ 本年↓ 1月1日時点住所 (市区町村)		<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	本人・夫 妻・子 その他 ()	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	長久手市		<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	委任状 ()	世帯主変更理由
変更の場合	旧世帯主名	旧氏名	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	保険証 確認 しました	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 主死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()

氏名 (個人番号)	生年月日 性別	世帯主との 続柄	医療証 有無	前年↓ 本年↓ 1月1日時点住所 (市区町村)	※職員記入欄	
					届出方法 (窓口・郵便・オンライン)	再交付印 (画面含む)
1 (マイナンバー) (個人番号:)	昭・平・令 男・女	本人・夫 妻・子 その他 ()	有 (子・母 障・精)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年:) <input type="checkbox"/> 他(本年:) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)	<input type="checkbox"/> 本人確認(免許証・マイカ・在留カード・保2枚・その他()) <input type="checkbox"/> 続柄確認 <input type="checkbox"/> 医療係へ引継ぎ(なし・あり) <input type="checkbox"/> 未納(なし・あり(現年・過年))→収納対応(なし・あり) <input type="checkbox"/> 口座(あり(使用可・不可)・なし)→ <input type="checkbox"/> 口振勧誘 <input type="checkbox"/> 所得区分変更(なし・あり)→限度額証(なし・あり(発行)) <input type="checkbox"/> 税申告[主]※前住所含む(済・未)→ <input type="checkbox"/> 申告勧奨・連絡依頼 <input type="checkbox"/> 税申告[加入者]※前住所含む(済・未)→ <input type="checkbox"/> 申告勧奨・連絡依頼 <input type="checkbox"/> 特定健診申込※年度末40~74歳 (なし・あり・不明・40↓) <input type="checkbox"/> 年金手続き(不要・要)→同時・電子申請済・後日手続予定 <input type="checkbox"/> 住所地特例(非該当・該当) <input type="checkbox"/> マル学確認(非該当・該当) <input type="checkbox"/> 旧被扶養該当 <input type="checkbox"/> 産前産後該当 <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"/> 住所 <input type="checkbox"/> 対象者氏名 世帯主名 <input type="checkbox"/> 適用日 <input type="checkbox"/> 交付年月日(未末日発行(R . .)) <input type="checkbox"/> 有効期限(フル・(R . . 限)) <input type="checkbox"/> 再交付印	
2 (マイナンバー) (個人番号:)	昭・平・令 男・女	本人・夫 妻・子 その他 ()	有 (子・母 障・精)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年:) <input type="checkbox"/> 他(本年:) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)	<input type="checkbox"/> 賦課(更正(期~変更)・還付(依頼書済・郵送)・決定済) <input type="checkbox"/> 証回収(保険証・高齢証・限度額証) 期限変更(から無効)	
3 (マイナンバー) (個人番号:)	昭・平・令 男・女	本人・夫 妻・子 その他 ()	有 (子・母 障・精)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年:) <input type="checkbox"/> 他(本年:) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)	<input type="checkbox"/> 喪失後受診(なし・あり) (保険者間調整・後日案内・同月病院連絡)	
4 (マイナンバー) (個人番号:)	昭・平・令 男・女	本人・夫 妻・子 その他 ()	有 (子・母 障・精)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年:) <input type="checkbox"/> 他(本年:) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)	<input type="checkbox"/> 相続人代表指定届(後期確認)	
5 (マイナンバー) (個人番号:)	昭・平・令 男・女	本人・夫 妻・子 その他 ()	有 (子・母 障・精)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年:) <input type="checkbox"/> 他(本年:) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)	受付印	