

第1号様式
(第7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

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

更更更間更新

取得区分
喪失区分

新規
全部

追加
一部

届出日
R 6.12.2

異動日
R . .

氏名
長久手太郎

電話
090-1111-xxxx

住所
長久手市
岩作城の内60番地1

世帯主

氏名
長久手花子

住所

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

世帯主について
記入してください

氏名
(個人番号)

氏名
(マイナンバー)

氏名
(マイナンバー)

氏名
(マイナンバー)

氏名
(マイナンバー)

昭・平・令
60.4.1

本人・夫・妻・子
その他()

有
(子・母・障・精)

マイナンバーカード(※)
の保険証利用登録の有無

有・無

無

昭・平・令
60.5.5

本人・夫・妻・子
その他()

有
(子・母・障・精)

マイナンバーカード(※)
の保険証利用登録の有無

有・無

無

昭・平・令
30.10.1

本人・夫・妻・子
その他()

有
(子・母・障・精)

マイナンバーカード(※)
の保険証利用登録の有無

有・無

無

昭・平・令
. .

本人・夫・妻・子
その他()

有
(子・母・障・精)

マイナンバーカード(※)
の保険証利用登録の有無

有・無

有

昭・平・令
. .

本人・夫・妻・子
その他()

有
(子・母・障・精)

マイナンバーカード(※)
の保険証利用登録の有無

有・無

有

前年1月1日時点住所、
本年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

※職員記入欄
☐届出方法(窓口・郵便・オンライン)
☐本人確認(免許証・マイカ・在留・保2枚・その他())
☐続柄確認
☐医療関係継続(な・ま・り)
☐未納(な)
☐口座(あ)
☐所得区
☐税申告
☐特定障
☐年金手続
☐産前産後該当(国保・年金)
☐旧被扶養該当
☐住所地特例(非該当・該当)
☐マル学確認(非該当・該当)
☐証発行(資格確認書・資格情報のお知らせ・限度額証・高齢証)
☐印字ずれ無し
☐住所
☐対象者氏名 世帯主名
☐適用日
☐交付年月日(未来日発行(R . .))
☐有効期限(フル・(R . . 限))

太枠内該当箇所を記入してください。
郵送の場合は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。

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年）