

異動事由	資格取得/喪失・適用開始/終了	各種	社会保険加入による国保喪失の場合			
	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input checked="" type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> (県内・県外) 転入・転出 <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 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名	変更期間更新	取得区分 喪失区分	新規 全部	追加 一部

世帯主	氏名	長久手太郎		(マイナンバー) 個人番号	○○○○○○○○○○○
	電話	090-1111-xxxx		前年↓	本年↓
	住所	長久手市	岩作城の内60番地1	1月1日時点住所(市区町村)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 前住所と同じ

氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	長久手花子	電話	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ
	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ			世帯主との続柄 本人・夫・妻・子 その他() 委任状()

国民健康保険に喪失される方の
名前等を記入してください

氏名(個人番号)	性別	生年月日	世帯主との続柄	マイナンバーカードの保険証利用登録の有無	住所	変更の場合	旧世帯主名	旧氏名
長久手太郎 (個人番号: ○○○○○○○○○○○○)	男	昭・平・令 60. 4. 1	本人・夫・妻・子 その他()	有	<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)			
長久手花子 (個人番号: xxxxxxxxxxxxxx)	女	昭・平・令 60. 5. 5	本人・夫・妻・子 その他()	有	<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)			
長久手小太郎 (個人番号: △△△△△△△△△△△△)	男	昭・平・令 30. 10. 1	本人・夫・妻・子 その他()	有	<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)			
(個人番号:)	男	昭・平・令	本人・夫・妻・子 その他()	有	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年:)			
(個人番号:)	女	昭・平・令	本人・夫・妻・子 その他()	有	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年:)			

・太枠内の該当箇所を記入してください。
 ・新しい社会保険に入ったことがわかる書類のコピー【全員分】を添付してください。
 ・長久手市国民健康被保険者証(又は資格確認書)も一緒に返送してください。

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年ごとに更新が必要)が有効であるものに限り。