

第1号様式  
第7条、  
第8条、  
第9条関係

長久手市長殿

郵便

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"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更	変更	証	取得区分 新規 追加

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		
	住所	長久手市 岩作城の内60番地1		

世帯主について  
記入してください

氏名	長久手花子	世帯主との続柄	本人・夫 妻 子 その他 ( )	再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
電話	世帯主と同じ	委任状	( )	世帯主変更理由	
住所	世帯主と同じ	保険証確認 しました	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 主死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )

変更の場合	旧世帯主名	
-------	-------	--

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 (個人番号)	1月1日時点住所 (市区町村)	※職員記入欄
1 長久手太郎 (マイナンバー) (個人番号: ○○○○○○○○○○○○○○)	昭・平・令 60. 4. 1 男・女 本人・夫 妻・子 その他 ( ) 有 (子・母 障・精) 無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年: ) 他(本年: ) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)
2 長久手花子 (マイナンバー) (個人番号: ×××××××××××××)	昭・平・令 60. 5. 5 男・女 本人・夫 妻・子 その他 ( ) 有 (子・母 障・精) 無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年: ) 他(本年: ) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)
3 長久手小太郎 (マイナンバー) (個人番号: △△△△△△△△△△△△△)	昭・平・令 30. 10. 1 男・女 本人・夫 妻・子 その他 ( ) 有 (子・母 障・精) 無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ <input type="checkbox"/> 他(前年: ) 他(本年: ) <input type="checkbox"/> 海外(簡易申告)
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) 無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ
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) 無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 前住所と同じ

※職員記入欄

本人確認(運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・その他( ))

続柄確認

未納(なし・あり(現年・過年))→収納対応(なし・あり)

口座(あり(使用可・不可)・なし) →  口座勧誘

所得区分変更(なし・あり)→限度額証(なし・あり(発行))

医療係へ引継ぎ(なし・あり)

証発行(保険証・高齢証・限度額証)

印字ずれ無し  対象者氏名 世帯主名

住所  適用日  再交付印

有効期限(在留期限等確認(R . . . 限))

交付年月日(未来日発行(R . . . ))

マル学確認  旧被扶養(非該当・該当)

証回収(保険証・高齢証・限度額証)

期限変更( から無効)

・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。

海外(簡易申告)  相続人指定代表届(後期確認)