

国民健康保険適用終了・変更届出書

記号番号	力								
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

※黒枠内にご記入ください。

氏名 個人番号(マイナンバー)			続柄	性別	生年月日 マイナ保険証	氏名 個人番号(マイナンバー)			続柄	性別	生年月日 マイナ保険証		
①				男	年 月 日							男	年 月 日
				女	あり・なし							女	あり・なし
②				男	年 月 日							男	年 月 日
				女	あり・なし							女	あり・なし
③				男	年 月 日							男	年 月 日
				女	あり・なし							女	あり・なし

資格喪失

<input type="checkbox"/> 全世帯	年 月 日 喪失
<input type="checkbox"/> 一部世帯	
1 社保加入	本人 年 月 日 取得 被扶養者 年 月 日 取得
2 死亡	年 月 日 死亡 葬祭費申請(有・無) 年金(有・無) 相続人代表指定届(賦課・給付)
3 生活保護	年 月 日 開始
4 国保組合	年 月 日 加入
5 その他	年 月 日 (理由)

資格変更

	年 月 日 変更
1 氏名変更 2 世帯主変更 3 世帯分離 ※記変 <input type="checkbox"/>	
4 世帯合併 5 世帯間異動 6 その他	
変更前	
変更後	

上記のとおり届けます。

年 月 日

世帯主

住所 春日市 _____

氏名 _____ 電話 (_____) _____ - _____

個人番号(マイナンバー) [_____]

氏名欄世帯主と同一

代理人(※申請者が世帯主以外の場合)

住所 同上 _____

氏名 _____ 電話 (_____) _____ - _____

(世帯主との関係: _____)

(宛先) 春日市長

(本人確認) <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	(確認書類) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート	(備考) <input type="checkbox"/> 情報連携確認済
(個人番号) <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 電話確認済 (TEL _____)
<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

賦課 <input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 還付 <input type="checkbox"/> 納付書渡し済 (期 円) 減免申請 有・無 <input type="checkbox"/> オンライン更新	申告 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 市申・国申 (令和 年度)	納税 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (_____)	医療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	給付 <input type="checkbox"/> こども <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 後期 (_____)	資格確認書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 無	打替済 <input type="checkbox"/> 要打替 (_____) (_____) <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 要回収 (_____) (_____)	受付
---	--	---	--	---	--	--	----