

芦屋市長 宛
国民健康保険異動届(取得用)

下記のとおり届出します

世帯主の方の氏名、連絡のつきやすい電話番号を
ご記入ください。

記入例

届出日	年 月 日	世帯主	芦屋 太郎	電話番号	
被保険者 番号		異動事由	社保離脱 ・ 国組離脱	個人番号	
現住所					
1/1時点の 住所					

加入される方全員の氏名等を記入してください。
(世帯主が加入する場合は、世帯主の氏名等も記入してください。)
※マイナンバーカードの保険証利用登録について、該当しない場合は、
ご不明な場合は、マイナポータルでご確認いただくか、「□わからない」をチェックを入れてください。

加入される方の氏名(世帯主の方も含む)、
生年月日等を記入してください。

番号	氏名	続柄	生年月日	マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無	個人番号
1	(フリガナ) アシヤ タロウ	主	昭和・平成・令和	☒ 利用登録を行っている	
	芦屋 太郎		〇〇年 〇〇月 〇〇日	☐ 利用登録を行っていない ☐ わからない	
2	(フリガナ) アシヤ ハナコ	妻	昭和・平成・令和	☐ 利用登録を行っている	
	芦屋 花子		〇〇年 〇〇月 〇〇日	☒ 利用登録を行っていない ☐ わからない	
3	(フリガナ) アシヤ ジロウ	子	昭和・平成・令和	☐ 利用登録を行っている	
	芦屋 次郎		〇〇年 〇〇月 〇〇日	☐ 利用登録を行っていない ☒ わからない	
4	(フリガナ)		昭和・平成・令和	☐ 利用登録を行っている	
			年 月 日	☐ 利用登録を行っていない ☐ わからない	
5	(フリガナ)		昭和・平成・令和	☐ 利用登録を行っている	
			年 月 日	☐ 利用登録を行っていない ☐ わからない	

郵送前に、以下の内容をご確認の上、チェック欄にマークを記入してください。
添付資料の不足、もしくは記載事項の不足がある場合は、書類を
返送し、再度ご郵送をお願いする場合がございます。

以

- ☒ 健康保険資格喪失証明書の写しを添付していますか。
- ☒ 添付した健康保険資格喪失証明書の写しに、加入される方全員の氏名が
記載されていますか。
(氏名がない方がいらっしゃれば、健康保険資格喪失証明書の発行元
にお問い合わせのうえ、正しい健康保険資格喪失証明書の発行を依頼し
てください。)
- ☒ 添付した健康保険資格喪失証明書の写しに、加入される方全員の資格喪
失日が記載されていますか。
- ☒ 健康保険資格喪失証明書に発行元の印(会社印、健康保険組合の印)
は押印されていますか。

[送付先]※切り取ってお使いください。住所不要。

〒659-8501

芦屋市役所 保険課保険係(資格担当) 行

※国民健康保険異動届(取得用)在中