

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。

届出日	年 月 日	世帯主		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、該当する箇所にチェックを入れてください。
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」にチェックを入れてください。

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)		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	
2	(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	
3	(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	
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	

- 以下の内容を、郵送前にご確認ください。
- ☐ 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。