

国保・年金資格異動届(郵送用)

※裏面に記入例があります

記入日	令和 年 月 日	記入者	氏名	同意書 他の健康保険に加入した日から、宇城市国民健康保険証は使用できません。 使用した場合、宇城市が負担した、医療費を世帯主または保険者に請求します。 同意がない場合は手続できません。 世帯主氏名：	国民健康保険		国民年金		
			電話番号		証 宇城-	取得事由	01 2号喪失 02 外国転入 03 任意加入		
住所	宇城市			取得事由	01 転入 02 社保離脱 03 生保廃止 04 出生 05 その他取得	喪失事由	21 転出 22 社保加入 23 その他喪失	喪失事由	11 2号該当 12 その他 13 外国転出
代理人住所				口座	回収・未回収		種別変更	21 3号→1号 22 3号→2号 23 1号→3号 24 2号→3号	

フリガナ	氏名	生年月日	続柄	国民健康保険		国民年金		※以下のものをチェックして下さい。
				事由	異動年月日	記号	事由	
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	<input type="checkbox"/> 以下の3点は同封しましたか ①新しい保険証の写し (保険が変わった方全員分) ②国民健康保険証 (国保を辞める方全員分) ③本人確認書類の写し (運転免許証など) <input type="checkbox"/> 同意欄に世帯主氏名の記入 ※不備がある場合、書類を返送します。 ※国民健康保険税について、届いた納付書は全てお支払いください。 ※郵送事故には責任を負いませんので、特定記録などで郵送することを推奨します。
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	
フリガナ		昭・平・令 年 月 日		得・喪 .			得・種変・喪 .	

受付者氏名または確認済みサイン				国保	年金
ひとり親	こども医療	スキャン	受付		
確認			確認		

記入例

※太枠の中をご記入ください

記入日	令和 5 年 8 月 1 日	記入者	氏名	宇城 花子	同意書 他の健康保険に加入した日から、宇城市国民健康保険証は使用できません。 使用した場合、宇城市が負担した、医療費を世帯主または保険者に請求します。 同意がない場合は手続きできません。 世帯主氏名：宇城 太郎	国民健康保険		国民年金	
			電話番号	000-0000-0000		証	宇城-	取得事由	01 2号喪失 02 外国転入 03 任意加入
住所	宇城市〇〇町□□00番地					取得事由	01 転入 02 社保離脱 03 生保廃止 04 出生 05 その他取得	喪失事由	21 転出 22 社保加入 23 その他喪失
代理人住所						座		種別変更	01 3号→1号 02 3号→2号 03 1号→3号 04 2号→3号
						保険証		回収・未回収	

フリガナ	氏名	生年月日	国民健康保険		国民年金		※以下のものをチェックして下さい。
			続柄	事	事	異動年月日	
ウキ タロウ	宇城 太郎	昭・平・令 〇〇年□月▲▲日		得		得・種変・喪	<input type="checkbox"/> 新しい保険証の写し (保険が変わった方全員分) <input type="checkbox"/> 国民健康保険証 (国保を辞める方全員分) <input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 同意欄に世帯主氏名の記入 ※不備がある場合、書類を返送します。 ※国民健康保険税について、届いた納付書は全てお支払いください。 ※郵送事故には責任を負いませんので、特定記録などで郵送することを推奨します。
ウキ ジロウ	宇城 次郎	昭・平・令 〇〇年□月▲▲日		得		得	
		昭・平・令 年 月 日		得		得・種変・喪	
		昭・平・令 年 月 日		得		得・種変・喪	
		昭・平・令 年 月 日		得		得・種変・喪	
		昭・平・令 年 月 日		得		得・種変・喪	
		昭・平・令 年 月 日		得		得・種変・喪	
		昭・平・令 年 月 日		得		得・種変・喪	

内容を確認し、世帯主氏名の記入。

すべて確認し、チェックする。

国民健康保険を喪失する人全員の氏名・生年月日の記入。

受付者氏名または確認済みサイン			国保	年金
ひとり親	子ども医療	フリースクール	受付	
確認			確認	