

大崎市国民健康保険異動届

【 オンライン・郵送用申請様式 】

<b>お届けの内容に☑をしてください。</b>	大崎市国民健康保険について、下記内容及び添付書類等に基づき <b>取得(加入)します☐ / 喪失(脱退)します☐</b>
※喪失(脱退)の場合には記号番号をご記入ください。	※ 国民健康保険記号番号 <b>み大崎 A</b>

<b>届出日</b>	年 月 日
※届出の事由発生日から3か月と14日を超えた届出となった場合には、期間経過理由に☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 手続きの必要がないと思っていた。 <input type="checkbox"/> 会社がやるものと思っていた。 <input type="checkbox"/> 仕事が忙しかった。 <input type="checkbox"/> その他( )

<b>届出人</b>	※異動者本人または同一世帯員以外の方が届け出る場合には、原則、委任状が必要です。
住所	宮城県大崎市
届出人氏名	(世帯主との続柄: )
世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ
個人番号(世帯主)	
電話番号	
※国民健康保険の取得(加入)の場合で、申請内容に不備(社会保険の資格喪失日不明等)がある場合に限って退職されたお勤め先に電話で申請に必要な事項を開き取りすることが可能です。退職されたお勤め先への電話確認を希望される場合には、会社名と会社電話番号をご記入ください。 上記をご希望の場合にはご記入ください。 退職された会社名 ( ) 電話番号( )	

No	異動者 ※取得または喪失される方の氏名等をご記入ください。		マイナ保険証の保有	性別	世帯主との続柄
1	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	有口 無口 不明口	男口 女口	
	個人番号				
	生年月日	年 月 日			
2	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	有口 無口 不明口	男口 女口	
	個人番号				
	生年月日	年 月 日			
3	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	有口 無口 不明口	男口 女口	
	個人番号				
	生年月日	年 月 日			
4	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	有口 無口 不明口	男口 女口	
	個人番号				
	生年月日	年 月 日			

※欄不足の場合は、5人目以降を2枚目・3枚目にご記入いただきますようお願いいたします。

【 取得(加入)の場合の提出書類 】※オンライン申請の場合は②を画像ファイルにより提出いただけます。  
 ①届出人の本人確認書類(写)(顔写真付きのものであれば1点、それ以外の場合は2点)  
 ②取得(加入)する方の健康保険資格喪失証明書のコピー  
 ※健康保険資格喪失証明書は、勤務先や年金事務所等が発行したもので、加入する方全員の氏名、生年月日、資格喪失年月日の記載が必要。

【 喪失(脱退)の場合の提出書類 】※オンライン申請の場合は①を画像ファイルにより提出いただけます。  
 ① 社会保険等の加入日が確認できる書類(写)(保険証・資格確認書・資格情報のお知らせ等)  
 ② 資格確認書(原本)※お持ちの場合のみ  
 ※社会保険等に加入した全員分です。

【 提出・問い合わせ先 】  
 〒989-6188  
 大崎市古川七日町1-1 大崎市役所民生部保険年金課(電話 0229-23-6051)

※注意事項  
 ①マイナ保険証の保有とは、電子証明書有効期限内の健康保険証の利用登録がされたマイナンバーカードの保有状況です。  
 ②社会保険等に加入したことにより年金の履歴も変更になりますので、国民年金係へ情報を提供します。ご了承ください。  
 ③届出が遅れたことにより、資格喪失後の保険給付の返還や、国民健康保険税の納付が生じる場合があります。

※職員記入欄	取得日 年 月 日(社保離脱・国組離脱・その他( )) 喪失日 年 月 日(社保加入・国組加入・その他( ))	受付・入力 確認・交付
※社会保険等資格(喪失)日 年 月 日		