

富谷市長 殿

# 国民健康保険・国民年金等異動届

本 庁   
富ヶ丘

## 記入例

国保	年金	子ども医療費	母子父子	心身障害	自立支援

届出の日	令和 年 月 日	異動の日	令和 年 月 日
届出人	フリガナ	電話番号	-
	氏名	世帯主からみた関係	1. 世帯主本人 2. 世帯員
	住所	富谷市	国民健康保険に加入・脱退する方の世帯主を記載してください。届出人が世帯主の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> と記載してください。その場合、氏名・フリガナの記載は不要です。

○国民健康保険に加入するとき  
⇒社会保険の資格喪失日(退職日の翌日)  
○国民健康保険を脱退するとき  
⇒社会保険の資格取得日または認定日の翌日  
※国民健康保険組合(医師国保、建設国保等)に加入した場合は資格取得日または認定日

同上

住所	フリガナ	世帯主	フリガナ
	氏名	氏名	<input type="checkbox"/> 同上
	個人番号	個人番号	

「基礎年金番号」「国民年金異動内容」「取得年月日(国民年金)」が不明な場合は、空欄にしてください。

1	フリガナ	氏名	生年月日	昭	非自発的失業該当	有・無	個人番号	世帯主との続柄	受けている医療費助成	子ども・母子父子 心身障害・自立支援	マイナンバーカード(*)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は記入不要)	基礎年金番号	取得年月日
	有・無											有・無	令和 年 月 日
												-	
												2号⇒1号 3号⇒1号	
												-	
												2号⇒1号 3号⇒1号	
												-	
												2号⇒1号 3号⇒1号	
												-	
												2号⇒1号 3号⇒1号	
												-	
												2号⇒1号 3号⇒1号	

【国民健康保険に加入する方のみ記入】  
退職日時点で65歳未満の方で、退職理由が、会社都合または心身の障害や疾病、負傷等による場合は、国税税の軽減を受けられる可能性があります。  
上記の場合は、「有」を○で囲んでください。

富谷市から医療費助成を受けている場合は、「有」を○で囲み、該当する医療費助成の項目も○で囲んでください。

必ずいずれかを○で囲んでください。

異動する方全員分の氏名・生年月日等の情報を記入をお願いします。

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。

以下、職員記載欄

世帯コード	世帯区分	被保険者記号・番号	得喪年月日	交付	回収	備考欄								
	1. 普通 2. 擬主	み富 28 A	1. 取得 2. 喪失	令和 年 月 日	/	/	1. 社保離脱	2. 社保加入	3. 国組離脱	4. 国組加入	5. 生保廃止	6. 生保開始	7. 後期離脱	8. 後期移行