

国民健康保険被保険者資格異動届

(宛先) 京都市 中京 区長

決定	課長	課長補佐 係長	係員

No. _____

受付印

(1/1)
太線のわく内のみ、黒ボールペンではっきりと記入してください。

現住所 方書 (部屋番号まで)	① 京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町500-1		フリガナ 世帯主氏名	③ 令和2年 6月 1日							
電話	② 080-XXXX-XXXX		フリガナ 世帯主氏名	世帯構成 及び世帯主 変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	届出氏名 ④ 京都 太郎						
フリガナ 旧住所又は 転出先			世帯主との続柄 本人								
員番/介2情報	異動者	フリガナ (個人番号) 氏名 【個人番号の変更年月日】	生年月日	性別	新旧 続柄	職業・収入	旧国保 被保険者	在留資格 特定活動の内容	一般情報	退職情報	備考
⑦	○	⑤ 京都 太郎 キョウト タロウ 【123456789012】	40年 5月 1日	男			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 続柄変更	<input type="checkbox"/> 本人該当 <input type="checkbox"/> 扶養該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		⑥ 京都 花子 キョウト ハナコ 【001234567890】	44年 8月 1日	女			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 続柄変更	<input type="checkbox"/> 本人該当 <input type="checkbox"/> 扶養該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		()	明大昭平令 年月日	男			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 続柄変更	<input type="checkbox"/> 本人該当 <input type="checkbox"/> 扶養該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		()	明大昭平令 年月日	男			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 続柄変更	<input type="checkbox"/> 本人該当 <input type="checkbox"/> 扶養該当 <input type="checkbox"/> 非該当	

記入方法

※届出は、世帯主の方にしてください。

- 京都市での住所を記入してください。
- 日中連絡のできる電話番号を記入してください。
- 届出日を記入してください。
- 届出者(世帯主)の名前及び続柄「本人」を記入してください。
- 世帯主の氏名、マイナンバー(個人番号)及び生年月日を記入し、性別に○をつけてください。
※マイナンバーを変更されたことがある場合は変更年月日も記入してください。
- 加入される方の氏名、マイナンバー(個人番号)及び生年月日を記入し、性別に○をつけてください。
※マイナンバーを変更されたことがある場合は変更年月日も記入してください。
- 加入される方全員に○をつけてください。

1.区内)
2.区内)
3.区内)
4.区内)
5.歳到達
職者非該当
養関係消滅
の他
・予
・予
・予