

【記入例】

第1号様式(第7条関係)

国民健康保険被保険者 資格異動届(適用開始及び適用終了届) (宛先)上尾市長

※本枠内を記入してください

住所	① 上尾市 本町 3-1-1
前住所または 転出先の住所	(転出・転入の場合のみ)
世帯主 氏名	② 国保 太郎
個人番号	③
申請者	同上 <input type="checkbox"/> ⑤ 国保 花子
電話番号	④ 000 - 000 - 0000
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他()

フリガナ 加入者氏名	生年月日	性別	マイナ保険証 利用登録 △	個人番号(12桁)	前住 届保	異動年月日
国保 花子	昭 000	男 ★	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄 ★ 職業 <input checked="" type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日
	昭 平 令	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄 職業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日
	昭 平 令	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄 職業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日
	昭 平 令	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄 職業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日
	昭	男	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄 職業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日

「世帯主」の情報を記入してください

- ①住所
- ②世帯主氏名
- ③個人番号(マイナンバー12桁)
- ④電話番号
※連絡が取りやすい番号を記入してください
※誰の電話番号か✓を入れてください
- ⑤申請者
※申請者が「世帯主」の場合→✓を入れてください
世帯主と異なる場合→申請者名を記入してください

「お手続きが必要な方」の情報を記入してください

※「世帯主」のお手続きが必要な場合、「世帯主」の情報もご記入ください

★マイナ保険証利用登録

- マイナンバーカードの保険証利用登録の有無に✓を入れてください
- マイナンバーカードの保険証利用登録の有無が分からない場合は「空欄」にしてください

(マイナンバーカードは有効期限内かつ電子証明書が有効であるものに限りです)

★続柄

世帯主から見た続柄を記入してください

【例】「世帯主本人」の場合 → 本人

「世帯主の子」の場合 → 子

記入内容にご不明な点がある場合
お問い合わせください
担当：保険年金課 国保資格・課税担当
TEL：048-782-6471