

大山崎町国民健康保険 異動届

届出日 令和 年 月 日		届出人		仮受付		受付印		
		☎ 続柄		預り期間 / /				
お手続き内容・住所等をご記入ください				対応者				
<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 脱退		<input type="checkbox"/> 社会保険切り替え (任意継続保険には加入しません) <input type="checkbox"/> 他市町村転入・転出 (介護2号施設 入所/退所) <input type="checkbox"/> 国保組合加入・脱退		<input type="checkbox"/> 加入者の出生・死亡 <input type="checkbox"/> 扶養者の後期高齢移行		加入・脱退日 (異動日) 平成 年 月 日 (□14日以内の届出)		
<input type="checkbox"/> その他変更		<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 町内転居 <input type="checkbox"/> 世帯合併・分離		<input type="checkbox"/> 生活保護開始・停止 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> その他		(脱退のみ) 国保脱退後の国保証利用 <input type="checkbox"/> 有 (月頃) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
住所		大山崎 (転出先住所) 大山崎町字 円明寺 小字 番地 下植野 <input type="checkbox"/> 上記の住所は介護施設等の社会福祉施設です						
電話 (世帯主)		□ 上記の住所は介護施設等の社会福祉施設です						
異動対象者の1月1日の住所		<input type="checkbox"/> 大山崎町外 (住所を以下に記入してください) <input type="checkbox"/> 大山崎町内						
福祉医療制度での利用		<input type="checkbox"/> 健康保険の変更内容について、福祉医療に関する事務 (子育て、ひとり親、老人、障害等) に利用することに同意します。						
世帯主・加入・脱退対象者の氏名、生年月日、続柄などを記入してください							脱退時の窓口確認	
異動の有無	氏名	生年月日	続柄	70歳以上	保険証受領者署名	高齢受給者証受領者署名	保険証 (共通) <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒	連絡票 (転出) <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> 特定世帯 <input type="checkbox"/> 旧被扶
有・無	フリガナ 世帯主 個人番号 ()	昭・平・令 年 月 日		いいえ・はい ↓ 受給者証発行			<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒	<input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> 特定世帯 <input type="checkbox"/> 旧被扶
異動対象者のみ記入	フリガナ 世帯員 □ (世帯主変更の場合) 新世帯主 個人番号 ()	昭・平・令 年 月 日	夫妻子 ()	いいえ・はい ↓ 受給者証発行			<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒	<input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> 特定世帯 <input type="checkbox"/> 旧被扶
	世帯員 個人番号 ()	昭・平・令 年 月 日	子孫 ()	いいえ・はい ↓ 受給者証発行			<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒	<input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> 特定世帯 <input type="checkbox"/> 旧被扶
	世帯員 個人番号 ()	昭・平・令 年 月 日	子孫 ()	いいえ・はい ↓ 受給者証発行			<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒	<input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> 特定世帯 <input type="checkbox"/> 旧被扶
	世帯員 個人番号 ()	昭・平・令 年 月 日	子孫 ()	いいえ・はい ↓ 受給者証発行			<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 封筒	<input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> 特定世帯 <input type="checkbox"/> 旧被扶
収納確認 (新たに国保世帯となる場合)		減免等の案内		保険証記号・番号			前高負担割合	
機構連絡 要・不要		なし・旧被扶養・障害・非自発的		崎- (変更後：崎-)			2割・3割	
証種別 半年・1年・2年				交付履歴確認 (住所・氏名・世帯異動・負担区分)				
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高齢受給者 <input type="checkbox"/> 限度額 <input type="checkbox"/> 特疾				
本人確認		免許・パスポ・保険証・マイナ・手帳・住民係 ()		高額区分	前 → 後	(/)		
介護2号		除外 (対象施設入所)・解除 (対象施設退所)		前高区分	前 → 後	(/)		
システム入力		令和 年 月 日 (給付開始日：平・令 年 月 日)		前高割合	前 → 後	(/)		
世帯被保数		人 → 人 世帯主 普・擬主				受付	処理	確認