

(あて先)尾花沢市長

国民健康保険(兼)国民年金異動届

※太線の中だけ黒ボールペンでお書きください

窓口に来た方	フリガナ			異動する方 とのご関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 <small>※委任状が必要です</small>	窓口に来た方 の住所	〒		
	氏名						☎		
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日						
異動日	国民健康保険の異動日(加入日又は喪失日)				国民年金の異動日(加入日又は喪失日)				
	国民健康保険に加入する日		国民健康保険の喪失日		国民年金に加入する日		国民年金の喪失日		
	平成・令和	年 月 日	平成・令和	年 月 日	平成・令和	年 月 日	平成・令和	年 月 日	
	※社会保険等資格喪失連絡票の資格喪失日と同日 (例)令和元年5月1日に社会保険を喪失した場合 国民健康保険は令和元年5月1日に加入します。		※社会保険証等の資格取得年月日の翌日 (例)令和元年5月1日に社会保険に加入した場合 国民健康保険は令和元年5月2日に喪失します。		※国民健康保険加入日と同日 (例)令和元年5月1日に国民健康保険に加入した場合 国民年金も令和元年5月1日に加入します。		※社会保険証等の資格取得年月日と同日 (例)令和元年5月1日に社会保険に加入した場合 国民年金も令和元年5月1日に喪失します。		

フリガナ 異動する人の氏名 <small>※全員分の名前を記入して下さい</small>	生年月日	住 所 <small>※窓口に来られた方と同じ住所の場合は記入不要です。</small>
1	大・昭・平・令 年 月 日	
2	大・昭・平・令 年 月 日	
3	大・昭・平・令 年 月 日	
4	大・昭・平・令 年 月 日	

※国民健康保険加入手続きの際は、社会保険の資格喪失日が確認できる書類をご用意していただきます。(社会保険厚生年金資格喪失届等)

※社会保険の資格喪失日が確認できる書類をご用意できない場合、事業所と年金事務所に社会保険と厚生年金の喪失日を確認した後に、国民健康保険加入の手続きをさせていただきます。

職員記入欄					受付		説明
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 各種健康保険証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本人確認票	国保異動者数		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 口頭確認	<input type="checkbox"/> 市職員確認(保証人)	取得	年金異動者数	
<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 官公庁発行の医療証	生年月日	課	喪失	取得	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 年金手帳(証書)	T・S・H・R 年 月 日	印	喪失	喪失	