様式第2号の1(第8条関係)

国民健康保険被保険者資格適用開始異動届

記 入 例

(宛先)飯能市長

(届出人)世帯主	住所	**飯能市大字双柳1番地の1**	届出日	(令和)・西暦 ○年○○月○○日
	氏名	**飯能 太郎** 個人番号 (**マイナンバー12桁**)	電話	○○○-△△×× (携帯)

	世帯主からみた続柄	氏名	性別	生年月日
異動する人	**本人**	**飯能 太郎** 個人番号 (**マイナンバー12桁**)	(男) 女	(昭)・平・令・西暦 ○○年○○月○○日
	妻	**飯能 花子** 個人番号 (**マイナンバー12桁**)	男 (女)	(昭)・平・令・西暦 ○○年○○月○○日
		個人番号 ( )	男 女	昭・平・令・西暦 年 月 日
		個人番号 ( )	男 女	昭・平・令・西暦 年 月 日
		個人番号 ( )	男 女	昭・平・令・西暦 年 月 日

次にあてはまる項目に ☑ してください

- ☑ 雇用(失業)保険を受ける
- ☐ 同じ世帯に国保組合の人がいる
- ☐ 子ども医療を受けている
- ☐ 重度心身障害者医療を受けている
- ☐ ひとり親[illegible]る
- ☐ 特定疾[illegible]

あてはまる項目がありましたら、☑してください。

本人確認 ([illegible]別世帯※)
(免許証・[illegible]ド)
※委任状 ([illegible])
年金 (済・不要) 職業 (無 ・ 有)
社保扶養 (収入超・) 任意継続より(安・高)
番号 (黒黒 ・ 赤赤 ・ 赤黒 ⇒ ☑新規台帳☐)
国保番号 ( ) ≠証番号 ⇒ ☑新規台帳☐)
短期・資格証 (未・交付 /)
高齢受給者 (無・有 / 区分)
認定証 (無・有 / 区分)
収納 (/ 収税相談)
所得 (済・簡:転入 /未 ⇒ 税額変更説明☐)
口座 (有＿＿＿継 / 廃 ・ 無 ・ 新＿＿＿)
普主・擬主 (擬主説明☐)
年 月～課税 (遡り課税説明☐)
国保給付 (遡及説明☐)
Tel入力☐ 特定健診(パンフレット ☐)

受付	保険証兼高齢証	認定証	台帳
	後日	後日	

医療給付	年金
子・重ひ・特遡	

☐ 社保
☐ 国組
☐ 生保
☐ その
( )

※郵送での届出の場合、保険年金課から連絡させていただくことがあります。電話番号は、日中連絡がとれる番号をご記入ください。