

例

他保険加入の場合

国保異動届

加入	新規	転入	社保離脱	出生	生保廃止	職記 ( )
喪失	全部	転出	社保加入	死亡	生保開始	
変更	一部	転居	氏名変更	世帯変更 ( 主変更 ・ 分離 ・ 合併 )		

記号・番号	栄
-------	---

分離合併後	栄
-------	---

栄町長様

※太わくの中を黒のボールペンではり書き書いてください。

異動年月日 (予定)	平成 ① ▲▲年 ■月 ●日	届出年月日	令和 ▲▲年 ■月 ●日		
住所	栄町 ③ 安食台▲丁目■番		電話番号 ④ ●●●●(▲▲)●●		
No.	フリガナ	生年月日	性別	世帯主との続柄	世帯主資格状況
届出者	氏名	個人番号			
世帯主	▲▲ ■■	天正 昭和平成 ▲▲年 ■月 ●日	男(女)	本人	加入 喪失 擬主 (以下、社保扶養にできない理由)
⑤	▲▲ ▲▲	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 2 3			
2	▲▲ ●●	昭和平成 ▲▲年 ■月 ●日	男(女)	妻	<input type="checkbox"/> 扶養者収入超 <input type="checkbox"/> その他
⑥	▲▲ ●●	2 3 4 5 6 7 8 9 0 3 4 5			( )
3	▲▲ ◆◆	昭和平成 ▲年 ■月 ●日	男(女)	子	<input type="checkbox"/> 扶養者収入超 <input type="checkbox"/> その他
⑦	▲▲ ◆◆	3 4 5 6 7 8 9 0 3 4 5 6			( )
4		年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 扶養者収入超 <input type="checkbox"/> その他
					( )
5		昭和 平成 年 月 日	男 女		<input type="checkbox"/> 扶養者収入超 <input type="checkbox"/> その他
					( )

※届出者が、世帯員以外場合は委任状を添付し下の欄に記入してください。

住所	フリガナ	氏名	世帯主との関係
電話番号 ( )	<input type="checkbox"/> 委任状の添付 <input type="checkbox"/> 世帯主の保険証 <small>※主及び世帯員以外は委任状等を確認すること (必須)</small>		

処理確認	事項	初 交付
	取扱者	

<記載要領>

- ①職場の健康保険加入の翌日を記入
- ②『届出日(用紙の記入日)』を記入
- ③住所を記入
- ④世帯主の電話番号を記入
- ⑤世帯主の氏名(フリガナ)・生年月日・性別を記入
- ⑥他保険に加入した方の氏名(フリガナ)・生年月日・性別・続柄を記入
- ⑦このお届を提出する方に✓を記入

<<同封するもの>>

- ・届出人がわかる写真付きのもの  
例: 免許証など、写真付きの公的書類の写し  
マイナンバーカードの写し
- ・必要なくなった栄町の国民健康保険証 (社会保険に加入された全員分)
- ・加入した会社の保険証の写し (資格取得日のわかる書類)

<<送付先>>

〒270-1592  
 千葉県印旛郡栄町安食台1丁目2番  
 栄町役場 住民課 国保年金班  
 電話番号 0476-33-7706(直通)