

様式第 1 号（第 8 条関係） 和光市長あて
国民健康保険 異動届出書

届出日 年 月 日

《加入する場合の記入例》
※太枠線内をご記入ください

届出 人	1. 本人 2. 世帯主 3. 代理人 () 名前 和光 太郎	個人番号	00000000****
	電話番号 048-464-1111	連絡が取れやすい電話番号を記入願います。	
住所	和光市広沢 1-5	和光市の住所を記入願います。	

資格確認書、資格情報通知書又は
保険証に記載されている番号を記入。
新規で加入される場合は空白。

被保険者番号

200●●●●

No	氏 名	生年月日	性別	続柄	国保資格	異動事由	資格区分	異動日	年金情報	マイナンバーカード（※）の健康保険 証利用登録の有無	個人番号	職 業
							退職区分	退職異動日	個人情報			
1	和光 太郎	昭和○年 ○月○日	男	世帯主	擬主開始	擬主開始	擬開	令和○年○月○日		☐ 有 ☐ 無	00000000****	無・会社員 他 ()
2	和光 花子	昭和○年 ○月○日	女	妻	開始	社保離脱	員始	令和○年○月○日		☒ 有 ☐ 無	00000000****	無・会社員 他 ()
3										☐ 有 ☐ 無		無・会社員 他 ()
4										☐ 有 ☐ 無		無・会社員
5										☐ 有 ☐ 無		他 ()
6										☐ 有 ☐ 無		無・会社員 他 ()
備考												

他の保険が喪失したことにより和光市の国民健康保険に
加入する方全員の氏名等を記載してください。
なお、個人番号欄の記載がない場合は、保険者側で記載
することを予めご了承ください。

マイナンバーカードを健康保険証として利用
するための登録の有無を記載してください。

※マイナンバーカードは有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りま