国　民　健　康　保　険　被　保　険　者　関　係　届

記号	番号	ふりがな	へぐり　たろう	現住所	
奈 13		世帯主氏名	平群　太郎	平群町	吉新1丁目1番1号
電話番号		個人番号		役場記入欄	転出先・旧住所
000−0000−0000 携帯電話はどなたの番号ですか　世帯主 ・ 家族（　　）				□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票	

取得	全	一	区分	全	一	区分	喪失	全	一	区分	全	一	区分	その他異動	全	一	区分	全	一	区分
			転入			その他				転出			その他				転居			氏名変更
			社保離脱			年金受給				社保加入			後期高齢へ				世帯分離			世帯主変更
			生保廃止							生保開始							世帯合併			措置
			出生							死亡							世帯変更			擬主死亡

	異動者氏名（ふりがな） 個人番号	生年月日	性別	世帯主との続柄	職業など	住所異動に伴う世帯構成の変更の有無	適用開始・終了 年月日	マイナンバーカード(※)の健康保険利用登録の有無	個人番号確認欄
1	へぐり　たろう 平群　太郎	H 11 ・ 11 ・ 11	男 女	本人		有 ・ 無	・ ・	有 無	□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票
2		・ ・	男 女			有 ・ 無	・ ・	有 ・ 無	□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票
3		・ ・	男 女			有 ・ 無	・ ・	有 ・ 無	□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票
4		・ ・	男 女			有 ・ 無	・ ・	有 ・ 無	□ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票

国民健康保険に加入(喪失)する方全員の氏名・生年月日・世帯主からみた続柄を記入してください。

国民健康保険に加入する場合、マイナンバーカードを健康保険証として利用登録している方は「有」、登録していない方は「無」に〇をしてください。

認定確認			
資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ			
資格確認書等情報	済・未	資格確認書 ： 全部・一部 限 ・ 特疾 ・（　　） 返信用封筒 （備考　　）	
窓口	PC	更正	納付書
資格確認書等	受領日	年　月　日	
	受領者氏名		

世帯数	戸
計	名

国民健康保険税に還付金が発生した時の為に世帯主（納税義務者）の振込先を記入してください。
公金受取口座を利用する場合は、必ず振り込みを希望する方の個人番号を記入して下さい。(郵送の場合は公金受取口座の利用不可。)

（※）マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明[illegible]新が必要）が有効であるものに限ります。

振込先															
□ 公金受取口座を利用する	＊下記口座情報の記入不要。	・振込先に公金受取口座を指定している場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給することがあります。													
☑ 振込口座を指定する	＊下記口座情報の記入をして下さい。	・公金受取口座を登録していない場合は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。													
〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇〇	本店 支店 出張所	普通 当座 その他	口座番号	0	0	0	0	0	0	0	口座名義人（カタカナで記入）	ヘグリ　タロウ	

・この届に係る事務に必要な住民税資料の調査に承諾し、上記のとおり届出します。

・保険税の還付に係る上記振込先について関係者から異議申し出があった場合は、届出人である私の責任において解決し、貴職に一切のご迷惑をお掛けしないことを誓約します。

平群町長　　様

令和 〇 年 〇 月 〇 日

届出人　　平群　太郎

個人番号												

□ マイナンバーカード
□ 通知カード
□ 住民票