

国民健康保険の郵送による喪失手続きについて

同封した住民異動届に記入し、役場国民健康保険担当に送付してください。

この異動届は、国民健康保険の喪失手続きをするためのものです。

下記の記入例を参考に記入してください。

また関係各課へ必要に応じ、情報提供及びご連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

資格喪失により国民健康保険税が変更になる場合は、後日、更正通知書を送付しますので確認してください。

返送するもの

- 住民異動届
- 加入者全員の社会保険証（または土建等の国民健康保険証など）のコピー
- 社会保険に加入した全員の杉戸町国民健康保険証

〒345-8502
杉戸町清地2-9-29
杉戸町役場
町民課 国民健康保険担当
TEL 0480-33-1111 内線 252・257

《 記 入 例 》

様式第1号

塗り箇所に記入してください。

杉戸町長 へあて 〇太枠内を黒のボールペンで記入してください。

届出人		氏名		住所		電話		異動者との関係		本人確認		記載事項	
		記入者氏名		杉戸町清地2丁目9番29号		(33) 1111		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯の人 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()			
届出年月日		(今日の日付)		異動年月日						新国保保険証番号			
住所		世帯主		世帯主名						旧国保保険証番号			
旧住所		世帯主								<input type="checkbox"/> タスク入力 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 社保加入		<input type="checkbox"/> 個別判定 限度額認定証 変更 有・無	
本籍地		筆頭者								郵送交付・窓口交付		負担割合 変更 有・無	
No.	フリガナ	生年月日	性別	世帯主との続柄	個人番号	国保保険証				職業	社保加入後の国保保険証の使用		
	異動者氏名					作成	訂正	回収	交付	(○で選択)	受診医療機関		
1	異動者氏名	昭・平・令	男・女	本人						1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職 6. その他	有・無		
2	異動者氏名	昭・平・令	男・女	妻						1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職 6. その他	有・無		
3	異動者氏名	昭・平・令	男・女	子						1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職 6. その他	有・無		
4		昭・平・令	男・女							1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職 6. その他	有・無		
5		昭・平・令	男・女							1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職 6. その他	有・無		

国保

様式第1号

住 民 異 動 届

杉戸町長 あて ◎太枠内を黒のボールペンで記入してください。

届出人	氏名		異動者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯の人 <input type="checkbox"/> その他 ()	本人確認	記載事項						
	住所	<small>※異動者との関係が「その他」の方だけ記入してください。</small>	電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 () ()	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()							
届出年月日	(今日の日付) 年 月 日		異動年月日	年 月 日	新国保保険証番号							
住所	杉戸町		世帯主		旧国保保険証番号							
旧住所	/		世帯主		<input type="checkbox"/> タスク入力 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 社保加入	<input type="checkbox"/> 個別判定 限度額認定証 変更 有・無						
本籍地	/		筆頭者		郵送交付・窓口交付	負担割合 変更 有・無						
No.	フリガナ	生年月日	性別	世帯主との続柄	個人番号	国保保険証				職業 (○で選択)	社保加入後の国保保険証の使用	
	異動者氏名					作成	訂正	回収	交付		有・無	受診医療機関
1		昭・平・令 ・	男・女							1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職	有・無	
2		昭・平・令 ・	男・女							1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職	有・無	
3		昭・平・令 ・	男・女							1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職	有・無	
4		昭・平・令 ・	男・女							1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職	有・無	
5		昭・平・令 ・	男・女							1. 自営業 2. 会社員 3. パート アルバイト 4. 学生 5. 無職	有・無	

担当

年金

子育て

短・資

保険

旧社扶養

特定所属

多子減免

特徴

口座

申告