

国民健康保険・国民年金異動届(加入者用)

令和 年 月 日提出

住所	日田市	世帯主氏名										
	電話 - -		個人番号									

※年金機構から連絡がくることがあります。

※市記入欄

社会保険等資格喪失証明書				
氏名		生年月日	資格喪失年月日	退職年月日 ※電話確認時
被保険者		S H R	・	・
	個人番号			
被		S H R	・	・
	個人番号			
扶		S H R	・	・
	個人番号			
養		S H R	・	・
	個人番号			
者		S H R	・	・
	個人番号			
		S H R	・	・
	個人番号			

国民年金				
基番				新・再・変
直近	・	号 現存・喪失	入力	号 進達 要・不要
基番				新・再・変
直近	・	号 現存・喪失	入力	号 進達 要・不要
国民健康保険				
取得年月日		記号番号		
・		日国		
摘要		取得事由		
		社 保 離 脱 国 組 離 脱 転 入 そ の 他		
マイナ保険証の利用登録				
あり		なし		不明
(資格情報のお知らせ)		(資格確認書)		(資格確認書)

喪失した保険資格の内容		保険者名
記号	番号	
		保険者番号
上記のとおり相違いないことを証明します。		
令和 年 月 日		
事業所所在地		
事業所名		
代表者名 (印)		
(電話 - -)		

資格情報のお知らせ・資格確認書の交付	
即時交付	未交付
高年齢受給資格者証 更新 (済・不要)	
雇用保険者受給資格者証	
該当・非該当・申請中・なし	
確認事項	受付者印
年金機構・事業所	



届出人	国保世帯員・代理人()
-----	--------------

身元確認	マイナンバーカード・運転免許証 その他()
------	---------------------------

担当課：日田市福祉保健部健康保険課 (☎ 0973-22-8271)