

# ご記入方法

|           |             |          |           |
|-----------|-------------|----------|-----------|
| 01 転入     | 07 その他(取得)  | 13 外国人取得 | 33 擬主→普主  |
| 02 社保離脱   | 08 擬主加入     | 14 国外転入  | 普主→擬主     |
| 03 生活保護廃止 | 09 世帯合併(取得) | 15 喪失取消  | 38 退職異動   |
| 04 出生     | 10 世帯変更(取得) | 90 特例開始  | 39 資格履歴修正 |
| 05 世帯分離   | 11 組合離脱     | 97 後期喪失  |           |
| 06 転居     | 12 特例該当     | 30 主変更   |           |

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 現住所     | 川西市               |
| 世帯主氏名   | 世帯主の電話番号 (※携帯電話可) |
| 世帯主個人番号 |                   |

**1** 現住所、世帯主氏名、世帯主の電話番号を記入

|         |               |   |         |               |
|---------|---------------|---|---------|---------------|
| 被保険者証番号 | 新<br>引継<br>一部 | → | 被保険者証番号 | 新<br>引継<br>一部 |
|---------|---------------|---|---------|---------------|

\* 加入される方全員についてご記入ください \*

| 異動コード | 資格得喪年月日 | 番号 | フリガナ氏名 | 生年月日  | 性別  | 年齢 | 個人番号 | 職業等  | マル学 |
|-------|---------|----|--------|-------|-----|----|------|--|-----|
|       | ・ ・     | 1  |        | 昭・平・令 | 男   | 歳  |      | 1. 会社員<br>2. 自営業<br>3. パート・アルバイト<br>4. その他 | 学   |
|       | ・ ・     | 2  |        |       |     | 歳  |      | 1. 会社員<br>2. 自営業<br>3. パート・アルバイト<br>4. その他 | 学   |
|       | ・ ・     | 3  |        |       |     | 歳  |      | 1. 会社員<br>2. 自営業<br>3. パート・アルバイト<br>4. その他 | 学   |
|       | ・ ・     | 4  |        |       |     | 歳  |      | 1. 会社員<br>2. 自営業<br>3. パート・アルバイト<br>4. その他 | 学   |
|       | ・ ・     | 5  |        |       |     | 歳  |      | 1. 会社員<br>2. 自営業<br>3. パート・アルバイト<br>4. その他 | 学   |
|       | ・ ・     | 6  |        | 昭・平・令 | 男・女 | 歳  |      | 1. 会社員<br>2. 自営業<br>3. パート・アルバイト<br>4. その他 | 学   |

**2** (加入される方全員の)  
・氏名  
・生年月日  
・性別  
・年齢 を記入

\* 届出人についてご記入ください \*

|                     |          |
|---------------------|----------|
| 世帯主との続柄             |          |
| 1. 世帯主本人            | 2. 配偶者・子 |
| 3. その他( )           |          |
| 氏名                  |          |
| 住所(※住所必須)           |          |
| 電話番号(※日中連絡先)<br>( ) |          |

**3** (記入者の) 氏名、住所、電話番号を記入

|  |  |
|--|--|
| ●世帯主確認   | <input type="checkbox"/> 済                                   |
| ●任意継続説明  | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |
| ●社保扶養加入説明                                      | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |
| ●請求金額説明  | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |
| ●請求方法説明  | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |
| <input type="checkbox"/> 翌月中旬 通知書              |  |
| <input type="checkbox"/> 翌月納付書 差し替え(増/減)       |  |
| <input type="checkbox"/> 所得照会のため2回に分けて         |  |
| <input type="checkbox"/> 期~口座振替 (申込書/ペイジー)     |  |
| <input type="checkbox"/> 年 月~特徴 予定             |  |
| ●口座振替  | <input type="checkbox"/> 用紙手渡し                               |
|  | <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 引き継ぎ依頼 |
| ●簡易申告受付  | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |
| ●擬主制度説明  | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |
| ●被扶養者減免受付                                      | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |
| <input type="checkbox"/> 組合離脱・64歳以下なら、給付へ引き継ぎ済 |  |
| ●入院中または入院の予定                                   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無        |
| <input type="checkbox"/> 給付へ引き継ぎ済              |  |
| ●認定証やマル長証等の有無                                  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無        |
| <input type="checkbox"/> 給付へ引き継ぎ済              |  |
| ●ガイドブック・健診の案内手渡し                               | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要       |

|        |   |
|--------|---|
| 再発行申請欄 |   |
| 再発行理由  | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 |
| 場所     | ( )   |

|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| 出産育児一時金 | <input type="checkbox"/> 直接支払制度済み |
|---------|-----------------------------------|

|               |           |
|---------------|-----------|
| マル学被保険者証交付申請欄 |           |
| 学校名           |           |
| 修学期間          | 年 月 ~ 年 月 |
| 学校所在地         |           |

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 国民健康保険証処理                         |                                  |
| <input type="checkbox"/> 手渡し      | <input type="checkbox"/> 回収      |
| <input type="checkbox"/> 書留発送 ( ) | <input type="checkbox"/> 未回収     |
| <input type="checkbox"/> 普通発送     | 発送日 ( )                          |
| 月 日                               | <input type="checkbox"/> 返信用封筒同封 |
| 通 短 退                             |                                  |

|        |        |
|--------|--------|
| 高齢受給者証 |        |
| 証出力    | 回収・未回収 |
|        |        |
| 割      |        |

|         |         |
|---------|---------|
| 世帯の継続性  |         |
| 世帯構成の変更 | 国保上の世帯主 |

**4** 健康保険資格喪失証明書のコピーを添付し、ご返送ください。

〔 免許証No. ( ) 〕

|           |  |
|-----------|--|
| ●一時帰国説明   | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要 |
| 県内からの転入のみ |  |
| ●世帯の継続性確認 | <input type="checkbox"/> 済                             |