

まず、太枠の中を黒ボールペンで記入し、次に案内に沿って記入してください。 Please fill in the blanks within the area enclosed by the thick line using black ink.
 代理人が届け出る場合は委任状を添えて、代理人の本人確認書類を提示してください。
 外国人の方で通称名を使用される場合は申し出てください。 If you want to use an alias, please ask.

**国民健康保険
国民年金関係届 神戸市(区)長宛
福祉医療**
To: Head of Ward
Status Change Notice for National Health Insurance and National Pension

届出の日 Date of Notice	年 月 日 Year Month Day	届出人(世帯主) 氏名	住所(世帯主と同一世帯の場合は記入不要) 氏名 (連絡先)	世帯主との関係
異動した日 Date of Change	年 月 日 Year Month Day	明・大・昭・平・令・A.D. 年 月 日生 Date of birth Year Month Day		

住所(新) Address Present	区 町 丁目 通 台 字	届書の種類		異動の理由		被保険者証番号		世帯 十 一	証交付 郵 送
		<input type="checkbox"/> 新規取得 <input type="checkbox"/> 一部取得 <input type="checkbox"/> 全部喪失 <input type="checkbox"/> 一部喪失 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 通称名変更 <input type="checkbox"/> 主変更 <input type="checkbox"/> 所属変更 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 社会保険 → 旧被扶養 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 潜在 <input type="checkbox"/> 出生・死亡 <input type="checkbox"/> 入国・出国 <input type="checkbox"/> 世帯分離・合併 <input type="checkbox"/> 転出入・転居 <input type="checkbox"/> 障害認定・撤回 <input type="checkbox"/> その他		一般・擬制 旧証番号 旧世帯主		人 十 一	(月未記) 名分
本年1月1日現在の住所 Address at Jan. 1st of this year	<input type="checkbox"/> 新住所と同じ	世帯主 Householder		資格適用開始日		高 齢 受 給 者		後 期 高 齢	証交付 窓 口 (一)
昨年1月1日現在の住所 Address at Jan. 1st of last year	<input type="checkbox"/> 新住所と同じ	世帯主 Householder		資格適用開始日		高 齢 受 給 者		後 期 高 齢	証交付 窓 口 (特)

氏 名 Name in full (Last) (First) (Middle) 個人番号 Individual Number	区 分 Japanese or foreigner	生年月日 Date of birth	性 別 Sex	世帯主との続柄 Relationship to Householder	職業・勤務先 又は学校名 Occupation or name of company/school	国 保 資 格	保 険 証	退職者 医療	資格適用開始日 (旧国保該当日)	高 齢 受 給 者	後 期 高 齢	福祉 医療	基礎年金番号	該当年月日	加 入 種 別	届出事項の 番号
1	<input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大・昭・平・令・A.D. 年 月 日	男 M 女 F			有 旧 無	回 収 封 筒 変 更 未 更 新	本 人 被 扶 養	該 当 翌 月 該 当 (割)	移 っ 障 害 高	記 号 番 号	該当年月日	1 号 任意			
2	<input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大・昭・平・令・A.D. 年 月 日	男 M 女 F			有 旧 無	回 収 封 筒 変 更 未 更 新	本 人 被 扶 養	該 当 翌 月 該 当 (割)	移 っ 障 害 高	記 号 番 号	該当年月日	1 号 任意			
3	<input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大・昭・平・令・A.D. 年 月 日	男 M 女 F			有 旧 無	回 収 封 筒 変 更 未 更 新	本 人 被 扶 養	該 当 翌 月 該 当 (割)	移 っ 障 害 高	記 号 番 号	該当年月日	1 号 任意			
4	<input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大・昭・平・令・A.D. 年 月 日	男 M 女 F			有 旧 無	回 収 封 筒 変 更 未 更 新	本 人 被 扶 養	該 当 翌 月 該 当 (割)	移 っ 障 害 高	記 号 番 号	該当年月日	1 号 任意			

<input type="checkbox"/> 個人番号を変更したことがある。 上記(1・2・3・4)の加入者		外国人氏名表記 <input type="checkbox"/> アルファベット <input type="checkbox"/> 漢字 <input type="checkbox"/> 通称名		在留期間(予定期間)		国民年金届出事項及び理由				処 理 欄		
※備 考				1 ()		資格取得(申出)		資格喪失		住基 照合 端末 受 付		
				2 ()		0 学生		4 外国からの転入		国 保 福 祉 医 療		
				3 ()		2 20歳到達		5 60歳以上任意		年 金		
				4 ()		3 2号からの移行		8 3号からの移行		受 付		

個人番号確認 マ・通・住・他 () 身元確認 マ・運免・旅券・他 () 裏面記載有り