

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.

郵送専用

国民健康保険 国民年金関係届 福祉医療 Status Change Notice for National Health Insurance and National Pension	神戸市(区)長宛 To: Head of Ward	届出の日 Date of Notice	3年XX月XX日 Year Month Day	届出人(世帯主) 氏名	神戸太郎 明・大(昭)平・令・A.D. 00年XX月XX日生 Date of birth Year Month Day	住所(世帯主と同一世帯の場合は記入不要)	来庁者 氏名 (連絡先)	世帯主との関係
		異動した日 Date of Change	3年AA月AA日 Year Month Day	届書の種類	異動の理由	被保険者証番号	世帯	証交付 郵送 (月未配) 名分 窓口(一) 窓口(特)

住所(新) Address Present	中央区加納通台6丁目5-1	届書の種類	異動の理由	被保険者証番号	世帯	証交付
住所(旧) Address Former		届出の理由	世帯主	世帯主	世帯主	届出事項の番号
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	届出の理由	世帯主	世帯主	世帯主	届出事項の番号
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	届出の理由	世帯主	世帯主	世帯主	届出事項の番号

「異動した日」は健康保険資格喪失証明書に記載されている、資格喪失年月日(退職日の翌日)をご記入ください。

申請書内(太枠)の必要項目を黒のボールペンでご記入ください。「消せるボールペン」は使用しないでください。修正箇所は二重線で消し、訂正印を押印してください。※「来庁者」欄の記載は不要です

氏名 Name in full (Last) (First) (Middle)	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	国民健康保険資格 National Health Insurance Qualification	後援 後援	福祉医療 福祉医療	基礎年金番号 Basic Pension Number	該当年月日 Applicable Date	加入種別 Type of Enrollment	届出事項の番号 Notice Item Number
1 コウベ タロウ 神戸太郎 個人番号 Individual Number XXXX-XXXX-XXXX	<input checked="" type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大(昭)平・令・A.D. 00年XX月XX日 Year Month Day	男 M	本人	無職	有 旧 無	福祉医療 移 障 高	記号 1234 番号 567890	該当年月日	加入種別	届出事項の番号	
2 コウベ ハナコ 神戸花子 個人番号 Individual Number 0000-0000-0000	<input checked="" type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大(昭)平・令・A.D. XX年AA月00日 Year Month Day	女 F	妻	無職	有 旧 無	福祉医療 移 障 高	記号 9876 番号 543210	該当年月日	加入種別	届出事項の番号	
3 コウベ 一郎 神戸一郎 個人番号 Individual Number AAAA-AAAA-AAAA	<input checked="" type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大(昭)平・令・A.D. AA年00月XX日 Year Month Day	男 M	子	学生	有 旧 無	福祉医療 移 障 高	記号 番号	該当年月日	加入種別	届出事項の番号	
4 氏名 Name in full (Last) (First) (Middle)	<input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 外国人	大(昭)平・令・A.D. 年 月 日 Year Month Day	男 M 女 F			有 旧 無	福祉医療 移 障 高	記号 番号	該当年月日	加入種別	届出事項の番号	

【福祉医療】
受給している福祉医療費助成があれば、マル印を入れてください。
「移」=高齢期移行者
「障」=重度障害者
「高」=高齢重度障害者
「ひ」=ひとり親
「こ」=こども

このたび勤務先の健康保険を脱退された方全員について、記入してください。
※上記、届出人(世帯主)が脱退された場合も再度、記入してください

【年金】
基礎年金番号がわかる場合、記入してください。

<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 ※備考	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
【必要なもの】 ・この関係届(記入されたもの) ・健康保険資格喪失証明書※ ※保険者(協会けんぽ・健康保険組合等)または事業所が発行	個人番号確認	1 ()	資格取得(申出)	住基 照合 端末
マ・通・住・他()	身元確認	2 ()	資格喪失	受付
マ・運免・旅券・他()	裏面記載有り	3 ()	0 学生	国保
		4 ()	4 外国からの転入	福祉医療
			5 60歳以上任意	年金
			6 20歳到達	
			7 2号からの移行	
			8 3号からの移行	
			9 国外転出	