

北九州市 区長様

To:the Chief Executive of Ward of the City of Kitakyushu

国民健康保険外国人被保険者異動届
APPLICATION FORM for National Health Insurance

① 令和
年 月 日
届出
(受付)

② 届出人氏名 Applicant name

③ 電話 Telephone Number

④ 個人番号 My Number

※ 太ワク の中を 黒のボールペン で書いて下さい。
(Note) Please fulfill the thick-lined blanks with black ball-point pen in English or Japanese (if you could)

⑤ 世帯主氏名 Name of House holder

⑥ 旧世帯主名
Name of Former House holder

⑨ 本年1月1日の住所
Domicile in Japan on 1st January, THIS YEAR

⑦ 住所 Domicile or residence in Japan

⑧ 旧住所
Domicile befoe movement or Domicile before entry to Japan

⑩ 昨年1月1日の住所
Domicile in Japan on 1st January, LAST YEAR

No	⑪ (フリガナ)氏名 Full name (Last) (First) (Middle)	⑫ (フリガナ)通称名	⑬ 生年月日 Date of birth	⑭ 性別 Sex	⑮ 世帯主との続柄 Relationship to Householder	⑯ 国籍 Nationality	⑰ 個人番号 My Number	マイナ 証 登録	⑱ 北九州市民となった日 確認資料 (資料の写しを添付)	⑲ 事実発生 年月日	⑳ 職業勤務先	通称名のみ 使用希望
1			昭平令 西暦 . .	男 M 女 F				有 無	. .	. .		有 無
2			昭平令 西暦 . .	男 M 女 F				有 無	. .	. .		有 無
3			昭平令 西暦 . .	男 M 女 F				有 無	. .	. .		有 無
4			昭平令 西暦 . .	男 M 女 F				有 無	. .	. .		有 無

取得
喪失
理由
変更

新規
一部
全部
一部
世帯
個人
復活

1 新規登録 2 転入 3 他保離脱 4 生保廃止
5 出生 6 後期離脱 7 その他(理由を備考欄へ)
1 転出 2 他保加入 3 生保開始 4 死亡
5 後期加入 6 その他(理由を備考欄へ)
1 住所 2 世帯主 3 合併 4 分離 5 電話番号
1 氏名 2 生年月日 3 性別 4 その他()
1 世帯 2 個人

被保険者番号

. . 取得
. . 喪失

交付物
1 交付 2 修正
3 未処理 4 回収 5 未回収

備考

入国年月日
Date of Entry

在留期間
Authorized Period of Stay

在留資格
Status of Residence

本人確認

□免許証 □パスポート □在留カード (No.
□個人番号カード □その他()

※コピー有りの場合はNo.省略可
※介護保険証等の場合もコピーがない場合はNo.を確認し記載

(決 裁)
受付担当者 (国 保)
資格給付
担当係長
保 険 料
担当係長
課 長

(事務処理)
受付担当者 (出張所)
住民票との
照合
被保台帳
オンライン
入力担当者
交付物出力
納入通知書
出力(現・過)