

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 Date of application 年 月 日 (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 before 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.	(フリガナ) ⑪ 氏名 Full name (Last) (First) (Middle)	(フリガナ) ⑫ 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 一部 傷失 全部 の失 一部 理由 変更 由復活	新規		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)				被保険者番号		備考			
	一部		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)									
	全部											
	一部						取得		入国年月日 Date of Entry			
	世帯		1 住所 2 世帯主 3 合併 4 分離 5 電話番号									
	個人		1 氏名 2 生年月日 3 性別 4 その他()									
復活		1 世帯 2 個人				喪失		在留期間 Authorized Period of Stay		在留資格 Status of Residence		
本人 確認		<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード (No. <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 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)