

# 国民健康保険異動届

(あて先) 奈良市長

届出事項 <input type="checkbox"/> 全部取得 <input type="checkbox"/> 一部取得 <input type="checkbox"/> 全部喪失 <input type="checkbox"/> 一部喪失 <input type="checkbox"/> 複数世帯取得 <input type="checkbox"/> 同居人取得 <input type="checkbox"/> 取得日修正 <input type="checkbox"/> ( )	1. 本人 2. 世帯主 3. 受任者(続柄)		
	住所		
	氏名	<input type="checkbox"/> (印) 電話番号 <small>世帯主の自署の場合、押印の必要ありません。</small>	

届出の日	令和 年 月 日	番 号	番 地	アパート名等	世帯主	(フリガナ)
------	----------	-----	-----	--------	-----	--------

\*太わく内を記入してください。

No.	氏(フリガナ)名	生年月日	性別	続柄	国保資格			社保資格		備考
1		昭平令 年 月 日	男・女		有・無	1-普主	1-退本人	得・喪	得・喪	被保
						3-被保	2-退扶養	平令 年 月 日	平令 年 月 日	被扶
2		昭平令 年 月 日	男・女		有・無	1-普主	1-退本人	得・喪	得・喪	被保
						3-被保	2-退扶養	平令 年 月 日	平令 年 月 日	被扶
3		昭平令 年 月 日	男・女		有・無	1-普主	1-退本人	得・喪	得・喪	被保
						3-被保	2-退扶養	平令 年 月 日	平令 年 月 日	被扶
4		昭平令 年 月 日	男・女		有・無	1-普主	1-退本人	得・喪	得・喪	被保
						3-被保	2-退扶養	平令 年 月 日	平令 年 月 日	被扶
5		昭平令 年 月 日	男・女		有・無	1-普主	1-退本人	得・喪	得・喪	被保
						3-被保	2-退扶養	平令 年 月 日	平令 年 月 日	被扶

記号番号	
奈1	-
保険証	交付・回収・未回収 保険料 済・未済

複数世帯取得	国保主	記号番号 奈1
	住所	奈良市

資格取得	資格喪失
<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 資格もれ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> その他 ( )

社会保険	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり、証明添付
	記号番号
	社会保険事務所 健康保険組合 共済組合 国保組合 番号

備考				
世帯コード				
受付	入力	確認	解除	受付番号

\* 70～74歳で、適用区分が「現役並み所得者Ⅲ」「一般」の方は、保険証の提示のみで制度が受けられるため、申請は不要です。  
\* 国民健康保険料に滞納がある場合、限度額適用認定証は交付されません。

# 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

(宛先)奈良市長

下記のとおり別紙関係書類を添えて申請します。  
なお、認定に際しては、世帯主及び同一世帯の国民健康保険加入者全員の市民税課税状況について、税務関係当局に報告を求めることに同意します。

受付印
-----

令和 年度
令和 年度

被保険者証記号番号	認定対象者		
奈1 -	氏名		
	昭・平・令 年 月 日生	世帯主との続柄	
世帯主	住所 奈良市	年 月 日	
	氏名	電話番号	
申請者	<input type="checkbox"/> 上に同じ 住所		
	<input type="checkbox"/> 上に同じ 氏名	世帯主との続柄	
	電話番号		

※別世帯の方の場合は委任状、本人確認ができるもの(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。  
※委任状が無い場合、認定証は郵送になります。

<input type="checkbox"/> 申請月以前に遡って適用を希望 年 月 日から適用希望 (申請月以前の適用には病院の承諾が必要)	病院の 名称	電話番号	担当者
--	-----------	------	-----

《食事代》標準負担額減額認定〔対象:市県民税非課税世帯で、申請日の前1年間で91日以上入院の方〕

申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで
入院した保険医療機関	日間

※単独世帯で入院中など、住所地での受け取りができず、送付先を変更したい場合は、世帯主から受任者への委任が必要となりますので、下記委任欄に記入いただくか、委任状を添付してください。  
また、入院先の病院に送る際は、事前に病院の承諾と受け取る職員の氏名が必要です。

住所地以外への送付を希望するにあたり、下記の者に受領を委任します。

委任者 \_\_\_\_\_ 印

受任者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※以下は市役所(国保年金課)処理欄		※F5画面確認			
確認事項 (受付者)	滞納	無・有(特別事情)	用紙	アイウエ・現ⅠⅡ・オⅠⅡ・長期	
(確認者)	申告	済・所得証明(国内転入者)	未(市民税課確認)	簡申(海外転入者)	
適用区分	滞納	無・有(特別事情)	用紙	アイウエ・現ⅠⅡ・オⅠⅡ・長期	
	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ			
	70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並み所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役並み所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ			
交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日		
長期申請日	年 月 日	長期該当認定日	年 月 日		

この部分が必要な場合のみご記入ください

受付者
確認者

《国保》