

# 職場の健康保険に加入された方へ

国民健康保険（国保）と社会保険（職場の健康保険）の二重加入はできません。

また、社会保険に加入（扶養認定）しても自動的に国保の資格は喪失しないため、職場での資格確認書または資格情報のお知らせが届きましたら、国保喪失の手続きをお願いします。

※保険料の賦課（保険料を課すこと）は原則として当該年度における最初の保険料の納期（通常 6 月 30 日）の翌日から起算して 2 年を経過した日以降は決定・変更ができません（国民健康保険法第 110 条の 2）。  
状況によっては保険料の請求が残ったり、納付済みの保険料の還付が受けられない場合があります。

## 1. 窓口で手続

次の①～④をご持参ください。受付場所および受付時間は裏面下段を参照ください。

- ① 職場の健康保険に加入した日（資格取得日）がわかるもの（国保をやめる方全員分）  
（例）資格確認書、資格情報のお知らせ、健康保険被保険者資格証明書等
- ② 台東区国民健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせ（国保をやめる方全員分）
- ③ 届出人の本人確認書類（下記 3 参照）
- ④ マイナンバーカード（ない場合はマイナンバーが確認できる他の書類）

※同じ世帯で国保から社会保険に被扶養者として加入した方がいる場合は、国保をやめる方全員分の①と②が必要になります。

## 2. 郵送で手続

次の①～⑤を入れてお送りください。

- ① 職場の健康保険に加入した日（資格取得日）がわかるもののコピー（国保をやめる方全員分）  
（例）資格確認書のコピー、資格情報のお知らせのコピー 等
- ② 台東区国民健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせ（国保をやめる方全員分）
- ③ 届出人の本人確認書類のコピー（下記 3 参照、マイナンバーカードの場合は両面コピー）
- ④ マイナンバーカードのコピー（ない場合はマイナンバーが確認できる書類のコピー）  
※③でマイナンバーカードのコピーを添付する際は不要
- ⑤ 記載済の国民健康保険資格取得・喪失等届（記載例は裏面参照）

※ 同じ世帯で国保から社会保険に被扶養者として加入した方がいる場合は、国保をやめる方全員分の①と②が必要になります。

※ 送付いただいた必要書類（職場の資格情報のお知らせ等）は、返却いたしませんのでご注意ください。

※ ご提出いただいた書類に不足や不備がある場合は、追加提出をお願いすることがあります。追加の提出が確認できない場合は喪失手続きができませんので、提出書類一式をご返送することがございます。予めご了承ください。

## 3. 本人確認書類について

### 本人確認書類の具体例

マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、障害者手帳、在留カード、介護保険証、国民年金手帳、国保・年金保険料賦課通知書、課税通知書、職員証（社員証）、学生証 等

## 国民健康保険異動届記載方法

- 「1 届出年月日及び届出人」の欄に、届出年月日、被保険者記号番号、届出人の氏名、住所、電話番号、個人番号、届出人の種類を記載してください。代理人の方の場合は、世帯主との関係も記載してください。
- その他、下記の記載例にそってご記載ください。

### 記載例

#### 国民健康保険資格取得・喪失等届

被保険者記号・番号 06 - 30 〇〇〇〇

##### 1 届出年月日及び届出人

届出年月日	令和 6 年 12 月 12 日	(職員処理年月日)	年 月 日
届出人フリガナ	タイトウ タロウ	住所	台東区 東上野4丁目5番6号
氏名	台東 太郎	電話番号	(□自宅 □携帯) 090 - ×××× - △△△△
個人番号	0000000000000000	届出人の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人
代理人の氏名	世帯主との関係:		

##### 2 国民健康保険の資格取得・喪失をする対象者等

被保険者フリガナ	タイトウ タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和 63 年 1 月 1 日	世帯主との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他
氏名	台東 太郎	個人番号	0000000000000000	個人番号変更履歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (変更時期: 年 月)		
マイナンバーカード(※) 用登録の有無(資格喪失時は□不要)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです			
社会保険または国民健康保険組合の加入によって国保を脱退する方全員分の氏名、生年月日、世帯主との続柄、個人番号(マイナンバー)を記入してください。		特定活動(外国人)		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (該当事由: <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> その他)			
		資格喪失等の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 後期加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 他喪失			
		資格喪失等年月日		令和 6 年 12 月 2 日			
所屬者の当否		世帯変更		世帯主変更		国保	

被保険者フリガナ	タイトウ ハナコ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和 63 年 4 月 1 日	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他
氏名	台東 花子	個人番号	111111111111	個人番号変更履歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (変更時期: 年 月)		
マイナンバーカード(※) の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は□不要)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです			
職業	被保険者の資格	記号番号	特定活動(外国人)		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (該当事由: <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> その他)		
資格取得等の理由	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 後期離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 他取得	資格取得等年月日	年 月 日	資格喪失等の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 後期加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 他喪失		
変更後の住所	転入前後の世帯変更		転入前後の世帯主変更	前住地国保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
② 特定同一世帯所屬者の当否							

※1 グレーの部分は記載しないで下さい。

※2 記載内容について確認させていただく場合があります。必ず、日中ご連絡の取れる電話番号をご記入ください。

#### 「資格喪失の理由」と「資格喪失年月日」の記載方法について

「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等をご確認いただき、下記の通りご記入ください。

(1)保険者名に「国民健康保険組合」という文字が入っている場合

⇒「理由」国組加入に「国」

「喪失年月日」資格取得年月日と同日

(2)保険者名に「国民健康保険組合」という文字が入っていない場合

⇒「理由」社保加入に「国」

「喪失年月日」資格取得年月日の翌日

### <受付場所および受付時間>

受付場所		受付時間	住所	電話番号
台東区役所 国民健康保険課 資格係	2階 ⑫窓口	平 日 午前8時半～午後5時15分 水曜日 午前8時半～午後7時	東上野4－5－6	03（5246）1252
	1階 ②窓口	毎月第2 日曜日 午前9時～午後5時		
西部区民事務所		平 日 午前8時半～午後5時 水曜日 午前8時半～午後7時	下谷3－1－30	03（3876）2651
南部区民事務所			寿1－10－12	03（3842）2651
北部区民事務所			浅草4－48－1	03（3876）2284
西部区民事務所谷中分室		平 日 午前8時半～午後5時	谷中5－6－5	03（3828）9291
北部区民事務所清川分室			清川1－23－8	03（3876）3566