

国民健康保険被保険者異動届

西之表市長 様

届出日	令和 年 月 日	異動日	平成・令和 年 月 日	全部・一部	世帯区分	一般・退職・混合				
住所	記号番号				西国保					
	方書 <small>(アパート、団地等の名称・番号)</small>				行政区					
異動する人を記入してください。	被保険者氏名 個人番号		続柄	性別	生年月日	申告	備考	世帯主の国保資格	有・無	
	1			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無		社会保険等に関する事項 事業所等名称 喪失・取得 年月日 平成・令和 年 月 日 増減簿 世帯数 被保数		
	2			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無				
	3			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無				
	4			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無				
	5			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無			証交付	証回収
	6			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無				
	7			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無				
	(世帯主) 氏 名								Ⓜ	
	個人番号								_____	

- | | |
|-------------|----------|
| 1. 転入 | 2. 転出 |
| 3. 出生 | 4. 死亡 |
| 5. 変更 | 6. 転居 |
| 7. 世帯分離 | 8. 世帯合併 |
| 9. 社保離脱 | 10. 社保加入 |
| 11. 生保停止 | 12. 生保開始 |
| 13. 職権記載 | 14. 職権消除 |
| 15. その他 () | |

直接支払制度利用	有・無
出産育児一時金	

葬祭費支給額	
支給日	年 月 日

非自発的失業	有・無・案内済
旧被扶養者軽減	有・無

来庁者	氏名	個人番号	代理権確認	番号カード	身元確認
世帯主				番号カード	免・バ・障保 () ・年・他 ()
代理人			委任状・戸籍担当者確認 ()	番号カード	免・バ・障保 () ・年・他 ()