

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		西之表市							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		マイナ保険証有無	備考	世帯主の国保資格		有 ・ 無
		1				男・女	S・H・R	年	有・無		社会保険等に関する事項  事業所等名称	
							月 日					
		2				男・女	S・H・R	年	有・無		喪失 ・ 取得 年月日	
							月 日					
		3				男・女	S・H・R	年	有・無		平成・令和      年      月      日 増減簿	
							月 日					
		4				男・女	S・H・R	年	有・無		+          - 世帯数 被保数	
							月 日					
		5				男・女	S・H・R	年	有・無		証交付 お知らせ・確認書	
							月 日					
		6				男・女	S・H・R	年	有・無		(世帯主)    氏 名 _____  個人番号 _____  電話番号 _____	
							月 日					
		7				男・女	S・H・R	年	有・無			
							月 日					

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

マイナ保険証の登録	有 ・ 無
-----------	-------

来庁者	氏名	個人番号	代理権確認	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（ ）

(続柄: )