

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 (アパート、団地等の名称・番号)				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 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 お知らせ・確認書	証回収	
6		男 女	S・H・R 年 月 日	有 無		(世帯主) 氏名 _____ 印 個人番号 _____ 電話番号 _____		
7		男 女	S・H・R 年 月 日	有 無		電話番号が世帯主以外の場合(氏名: _____ 印)		

- | | |
|-------------|----------|
| 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		(続柄: _____)
世帯主	_____			番号カード	免・パ・障 保()・年・他()	
代理人	委任状・戸籍 担当者確認()			番号カード	免・パ・障 保()・年・他()	