

記載する日

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	現住所	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	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
	個人番号							
1 2 3 4 5 6 7			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無			

資格異動する方のお名前(※複数人いる場合、下の2以降へ記載)

世帯主から見た続柄を記載

マイナ保険証の有無を教えてください

電話番号が世帯主以外の番号であれば、世帯主からの見た続柄と氏名の記載までお願いします。

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
軽減	有・無

の登録	有・無
-----	-----

(世帯主) 氏名 (印)

個人番号

電話番号

電話番号が世帯主以外の場合(氏名:)

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 ()	