

国民健康保険資格異動届出書

	氏名	性別	続柄	生年月日	個人番号
1	フリガナ	男・女		昭和・平成・令和	
				年 月 日	
2	フリガナ	男・女		昭和・平成・令和	
				年 月 日	
3	フリガナ	男・女		昭和・平成・令和	
				年 月 日	
4	フリガナ	男・女		昭和・平成・令和	
				年 月 日	
5	フリガナ	男・女		昭和・平成・令和	
				年 月 日	

異動事由		
取得	喪失	変更
1. 転入 ()	1. 転出 ()	1. 住所変更
2. 社保離脱	2. 社保加入	2. 世帯主変更 (分離・合併)
3. 国保組合離脱	3. 国保組合加入	()
4. 生保停止	4. 生保開始	3. 氏名変更
5. 後期離脱	5. 後期加入	4. 性別変更
6. 出生 ()	6. 死亡 ()	5. 生年月日変更
7. その他 ()	7. その他 ()	6. 介護適用除外
		7. その他 ()

備考

上記のとおり届けます。異動にあたり、公簿による調査に同意します。

住所	開成町	届出日	令和 年 月 日
1月1日現在の住所	上記と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	世帯主名	
異なる場合は記入してください		旧世帯主名	
保険証受領者		届出者	
		連絡先電話番号	(世帯主 ・ 被保険者 ・ 届出者)

※ 受付職員記入欄

資格異動日	年 月 日
保険証記号番号	60-
保険証	<input type="checkbox"/> 窓口当日交付 <input type="checkbox"/> 郵送(年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 当日回収 <input type="checkbox"/> 未回収(後日郵送・紛失・)
電算処理	<input type="checkbox"/> 入力済み <input type="checkbox"/> 未入力
本人確認	

還付先口座			
銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	預金種目	1.普通預金 2.当座預金 3.その他
口座番号	口座名義人	(フリガナ)	