

# 国民健康保険異動届

異動事由	資格取得
	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止
	資格喪失
	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始
	世帯異動
<input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯合併	
<input type="checkbox"/> その他( )	

届出年月日			異動年月日		
年 月 日			年 月 日		
異動区分	保険証番号	世帯主氏名		住所	
<input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全部				御杖村大字	
届出人(窓口に来た人)					
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同じ世帯の方 <input type="checkbox"/> 代理人				住所	
氏名				連絡先	

	ふりがな 氏名	生年月日	続柄	性別		職業	再交付
				個人番号(マイナンバー)			
1		昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			左記の者の <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 を  <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( ) したため再交付を申請します。  なお、証を発見したときには直ちに返却することを誓約します。
2		昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
3		昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
4		昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
5		昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		保障	

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証等1点 <input type="checkbox"/> 保険証等2点 <input type="checkbox"/> その他( )
保険証回収	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
保険証交付	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
口座振替依頼	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済

課長	主幹	課長補佐	税担当	係	課員