

国民健康保険異動届

八 街 市 長 宛

↓太枠の中をご記入ください 注) 世帯主が納税義務者となります

(date)		(Y Y / M M / D D)											
届出年月日		令和 年 月 日											
(address)		住所 八街市											
(name of householder)		世帯主								(tel)		自宅	
		個人番号								電 話		携 帯	
世帯主以外の場合 窓口に来たあなた										電 話		世帯主・届出者 その他()	
		(furigana) ふりがな (name) 氏 名				(date of birth) 生年月日		(sex) 性別	(relationship) 世帯主との続柄	(occupation) 現在の職業			
取得又は喪失する方	1					昭平 年 月 日		男		自営業			
		個人番号				令		女		アルバイト・パート 無・その他			
	2					昭平 年 月 日		男		自営業			
		個人番号				令		女		アルバイト・パート 無・その他			
	3					昭平 年 月 日		男		自営業			
		個人番号				令		女		アルバイト・パート 無・その他			
	4					昭平 年 月 日		男		自営業			
		個人番号				令		女		アルバイト・パート 無・その他			
	備 考									保険者間調整			
										国保使用			
										有 ・ 無			
										本人請求			
										有 ・ 無			
										同意書			
										有 ・ 無			

記号		56		番号					
異動年月日				令和 年 月 日					
異動事由	取得	1. 転入 2. 社離 3. 国組離脱 4. 生保廃止 5. 出生 6. 職権回復 7. その他取得 () 8. 資格開始 9. 転出取消 10. 後期離脱							
	喪失	11. 転出 12. 社加 13. 国組加入 14. 生保開始 15. 死亡 16. 職権消除 17. その他喪失 () 18. 居所不明 19. 後期加入							
	変更	30. 主変 31. 氏変 32. 転居 36. 続柄変更 40. 世帯合併 41. 世帯分離 42. 世帯変更							
被保険者証		回収		封筒		交付		更正	
高齢受給者証		回収		封筒		交付		2割・3割	
区分		新規・追加		社加勧奨		有・無			
他保の状況	記号					番号			
	区分	本人				扶養			
	取得年月日	年 月 日							
	喪失年月日	年 月 日							
	事業所名及び所在地								
	保険者名								
世帯				被保険者					
増	減	現在数		更正後		増	減	現在数	
擬主の場合				擬制世帯		課税台帳 班 印		給付台帳 班 印	
収入超過・成年到達 後期・その他()				+1 △1					