

様式第1 (第2条関係)

保険証回収日 令和 年 月 日

国民健康保険被保険者異動

取得・喪失・変更 届

届 出 理 由			
取得	転 入	出 生	社保離脱
	組合離脱	後期離脱	生保廃止
	その他 ()		
喪失	転 出	死 亡	社保加入
	組合加入	後期障害	生保開始
	その他 ()		職権抹消
変更	氏名変更	住所変更	世帯主変更

被保険者 記号・番号	
異 動 日	令和 年 月 日
届 出 日	令和 年 月 日

異 動 区 分	
全部・一部(主変なし)・一部(主変あり)	

太線の中を記入してください。

	被 保 険 者 名	性別	生年月日	世帯主との続柄	職業	個 人 番 号
世帯主		男・女	昭平令 . .			
1		男・女	昭平令 . .			
2		男・女	昭平令 . .			
3		男・女	昭平令 . .			
4		男・女	昭平令 . .			
5		男・女	昭平令 . .			
6		男・女	昭平令 . .			

※ 国民健康保険税の還付先 どちらかに☑をしてください	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。(口座情報の記入不要)					
	<input type="checkbox"/> 下記振込口座を指定します。					
	金融機関	銀行 信用金庫 店 農協				備 考
	種別	普・当・貯	口座番号			
	口座名義人	(フリガナ)				

上記のとおり届けます。 〒 -

届出人(世帯主) 住 所 _____

氏 名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

代理人 氏 名 _____ 世帯主との続柄 _____

東郷町長 殿

届出人	<input type="checkbox"/> 免	<input type="checkbox"/> 個	代理人	<input type="checkbox"/> 免	<input type="checkbox"/> 個
	<input type="checkbox"/> 保	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 保	<input type="checkbox"/> その他
()		()		()	

処理欄	電算入力	異動届チェック