

太枠内へ記入をお願いします。

国保異動届出書

(記入例)

届出日	令和●●年●●月●●日	届出人氏名	綾川 太郎	世帯主からみた続柄	本人	本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()	受付	入力	確認
	連絡先	(087) 876 - 1111							

住所	綾川町滝宮299番地	世帯主氏名	同上	個人番号(マイナンバー)										番号確認
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

※国民健康保険の加入者・脱退者について以下に記入してください。

No.	(フリガナ) 氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)										番号確認	摘要			
	氏名	年 月 日	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			0	1	
1	アヤガワ タロウ	昭和															
	綾川 太郎	平成 43年 4月 1日	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	<input type="checkbox"/>		
2	アヤガワ マチコ	昭和															
	綾川 町子	平成 43年 4月 1日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<input type="checkbox"/>		
3	アヤガワ ハナコ	昭和															
	綾川 花子	平成 7年 4月 1日	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>		
4		昭和															
		平成 年 月 日															
5		昭和															
		平成 年 月 日															
6		昭和															
		平成 年 月 日															

国保の届け出は14日以内にしましょう。

職員記載欄	異動事由	異動日	国保記号番号(香川50)										世帯増減		被保険者増減			
		平成 年 月 日	変 更 前												増	減	増	減
		令和	変 更 後 (変更なし含む)															

受付印

- | | | |
|--|--|---|
| 加入事由
01 転入してきた日(職場の健康保険に加入していない場合)
02 職場の健康保険を喪失した日
03 国保組合を喪失した日
04 出生した日
05 生活保護を受けなくなった日 | 喪失事由
11 町外へ転出した日
12 職場の健康保険に加入した日の翌日(月末の場合は社保加入日)
13 国保組合に加入した日
14 死亡した日の翌日
15 生活保護を受けはじめた日 | その他
21 転居した日
22 氏名変更した日
23 擬制世帯主が変更した日 |
|--|--|---|