

太枠内へ記入をお願いします。

国保異動届出書

(記入例)

国保の届け出は14日以内にしましょう。

届出日	令和●●年●●月●●日	届出人氏名	綾川 太郎	世帯主からみた関係	本人	本人確認 □運転免許証 □個人番号カード □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	1	<input type="checkbox"/>

※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。

	(フリガナ) 氏名	生年月日	マイナ保険証 有無	個人番号(マイナンバー)												番号確認	摘要
1	アヤガワ タロウ	昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 有	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	<input type="checkbox"/>	
	綾川 太郎	平成 43年 4月 1日	<input type="checkbox"/> 無														
2	アヤガワ マチコ	昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 有	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<input type="checkbox"/>	
	綾川 町子	平成 43年 4月 1日	<input type="checkbox"/> 無														
3	アヤガワ ハナコ	昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 有	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	
	綾川 花子	平成 7年 4月 1日	<input type="checkbox"/> 無														
4		昭和	<input type="checkbox"/> 有													<input type="checkbox"/>	
		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無														
5		昭和	<input type="checkbox"/> 有													<input type="checkbox"/>	
		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無														
6		昭和	<input type="checkbox"/> 有													<input type="checkbox"/>	
		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無														

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 ・ 令和	年 月 日	変更前									増	減	増	減
			変更後 (変更なし含む)												

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)	喪失事由	11	町外へ転出した日(国外の場合は転出日の翌日)	その他	21	転居した日
	02	職場の健康保険を喪失した日		12	職場の健康保険に加入した日の翌日		22	氏名変更した日
	03	国保組合を喪失した日		13	国保組合に加入した日		23	擬制世帯主が変更した日
	04	出生した日		14	死亡した日の翌日			
	05	生活保護を受けなくなった日		15	生活保護を受けはじめた日			

受付印
