

太枠内へ記入お願いします。

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 みた関係 | 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 | 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。

| 国保の届け出は 14日以内に しましよう。 | (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 |
|-----------------------------|--------------|--------------------------|---|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|----|
| | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | | |
| 1 | アヤガワ タロウ | 昭和 平成 43年 4月 1日 令和 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| | 綾川 太郎 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | アヤガワ マチコ | 昭和 平成 43年 4月 1日 令和 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| | 綾川 町子 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | アヤガワ ハナコ | 昭和 平成 7年 4月 1日 令和 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 綾川 花子 | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | | 昭和 平成 年月日 令和 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | | 昭和 平成 年月日 令和 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | | 昭和 平成 年月日 令和 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

| 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 | | 受付印 | |
|-------|----------------------------|------|-----------------|------------------------|-----|----|-------------|--|--|--|------|---|--------|---|-----|--|
| | | | | | | | | | | | 増 | 減 | 増 | 減 | | |
| 加入事由 | 平成 ・ 令和 | 年月日 | 変更前 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 変更後 (変更なし含む) | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |