

国民健康保険被保険者資格異動

〔 取 得 ・ 喪 失 〕

届

〔 包 括 其 他 〕

被保険者証 記号 番号		資格異動年月日 (取得・喪失)		令和	資格異動理由
松茂一				年 月 日	
(フリガナ) 氏 名		世帯主 との続柄	性別	生 年 月 日	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1. 加入</p> <p><input type="checkbox"/> 転入 前住所(1月1日時点)</p> <p>()</p> <p><input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>2. 喪失</p> <p><input type="checkbox"/> 転出 転出先住所</p> <p>()</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期認定・該当 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> </div>
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
上記のとおり届けます。					
令和 年 月 日					
世帯主		住 所: 松茂町			
		氏 名:			
		個人番号: . .			
		連 絡 先: — —			
届出者		氏 名:			
		世帯主との続柄(異動する本人・同一世帯員・代理人)			
		連 絡 先: — —			
松茂町長 殿					
課 長	回 議	受 付	賦 課	保 険 証	其 他
					代理権の確認 戸籍謄本等(法定代理人) 委任状(任意代理人) 被保険者証(国・後・介) その他()