

国民健康保険 異動届 (太枠内に記入ください)

届出日 令和 年 月 日

届出人 本人 世帯主 その他()
電話番号 () -

住所	四條畷市	世帯主氏名		※世帯主以外の方のみ加入する場合 国民健康保険の世帯主を変更することに同意 します。 変更前 世帯主名
		個人番号		
1月1日 の住所	※転入の場合のみ	世帯主氏名		
		個人番号		

フリガナ 氏名(加入・脱退する方全員)	生年月日	年齢	性別	世帯主 との 続柄	記号・ 番号	得喪年月日	マイナ保険証 利用登録有無	取得	転入	出生	社保 離脱	他 国保	生保 廃止
	昭和 平成 令和 年 月 日	歳	男・女		四国	取得・喪失 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	喪失	転出	死亡	社保 加入	他 国保	生保 開始
個人番号								変更	転居	氏名 変更	主 変更	世帯 分離	世帯 合併
	昭和 平成 令和 年 月 日	歳	男・女			取得・喪失 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	給付	出産育児一時金・葬祭費 年 月 日支給 遅延理由申立(あり・なし)				
個人番号								資格確認書等	交付	回収	未回収	完了日 →	
	昭和 平成 令和 年 月 日	歳	男・女			取得・喪失 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	世帯人員	増 減	人 人	現在員	人	
個人番号								番号法に基づいた税関係情報を照会する ことに同意します。					
	昭和 平成 令和 年 月 日	歳	男・女			取得・喪失 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	《備考》					
個人番号													
	昭和 平成 令和 年 月 日	歳	男・女			取得・喪失 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
個人番号													

■遅延理由【異動日より14日以内に届出ができなかった場合(電話連絡等ある場合を除く)】

国保処理欄

受付者 入力者 資格確認書・お知らせ
手交付済・郵送済
令和 年 月 日

氏名 _____