

国民健康保険異動届

あて先 東金市長

届出人	氏名	住所
	TEL 自宅 会社	※代理人による届出の場合、記入をお願いします。

受付年月日

世帯番号

行政区番号

新

旧

届出日	年 月 日	異動区分	転居区分	異動理由
異動日(予定)	年 月 日	全部	全部-全部 一部-全部	

郵送による国民健康保険の 加入・離脱 用
* 灰色部分についてご記入ください

住所	千葉県東金市 番地	(かたがき・アパート名)	世帯主名
			個人番号(世帯主)
			筆頭者名

No.	氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号	国民年金		国保資格		介護受給		得喪年月日	選挙	児童	学校	点検	
						資格	種別	基礎年金番号	退職	高齢	資格						受給
1		明・大・昭・平・令	男・女			有・無	1号		有・無	本・扶	有・無	有・無	1	有・無	有・無	有・無	受付
						任意				2	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
2		明・大・昭・平・令	男・女			有・無	1号		有・無	本・扶	有・無	有・無	1	有・無	有・無	有・無	住入
						任意				2	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
3		明・大・昭・平・令	男・女			有・無	1号		有・無	本・扶	有・無	有・無	1	有・無	有・無	有・無	力
						任意				2	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
4		明・大・昭・平・令	男・女			有・無	1号		有・無	本・扶	有・無	有・無	1	有・無	有・無	有・無	附
						任意				2	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
5		明・大・昭・平・令	男・女			有・無	1号		有・無	本・扶	有・無	有・無	1	有・無	有・無	有・無	表
						任意				2	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
6		明・大・昭・平・令	男・女			有・無	1号		有・無	本・扶	有・無	有・無	1	有・無	有・無	有・無	
						任意				2	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		

生活保護	備考欄
開始 廃止	年月日
No.	住基カード
	返納 記載事項変更
	返納 記載事項変更

取得年月日	(社保・国組)	年 月 日
退職(喪失)年月日	(社保・国組)	年 月 日
勤務先	所在地	
	名称	
資格区分	被保険者・組合員	被扶養者
健康保険証記号番号		

保護者	母子手帳・出生資料	市民	学校教育課・収税課・課税課 子育て支援課・健康増進課・資料
国保	保険証区分	保険証	決裁
	通常・短期・資格証	回収・未回収	取扱
	高齢負担割合	旧国保入力	取扱
	1割・3割	有・無	取扱
後期	保険証区分	保険証	取扱
	通常・短期・資格証	回収・未回収	取扱
介護	保険証受給	取扱	年金
	回収・未回収	手続済・後日	取扱