

国民健康保険異動届出書

(あて先) 琴平町長

届出日	令和 年 月 日			
お窓越し口の方	氏名		電話	
	住所			
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員() <input type="checkbox"/> その他()		

持参者本人確認
【1点】免許・個人・在留・障害・他()
【2点】保険・診察・キャッシュカード・他()

(※代理人が申請する場合は、原則として別途委任状が必要です)

住所	<input type="checkbox"/> 同上			世帯主	氏名								
					(個人番号)								
1	(フリガナ)	世帯主との続柄			マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	異動事由				異動事由コード			
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動年月日	年 月 日			1	転入
	生年月日	昭・平・令	年	月								日	(個人番号)
2	(フリガナ)	世帯主との続柄			マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	異動事由				4		3	町内転居
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動年月日	年 月 日			4	社保離脱
	生年月日	昭・平・令	年	月								日	(個人番号)
3	(フリガナ)	世帯主との続柄			マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	異動事由				6		7	住所変更
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動年月日	年 月 日			6	その他取得
	生年月日	昭・平・令	年	月								日	(個人番号)
4	(フリガナ)	世帯主との続柄			マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	異動事由				8		9	世帯変更
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動年月日	年 月 日			8	世帯主変更
	生年月日	昭・平・令	年	月								日	(個人番号)
5	(フリガナ)	世帯主との続柄			マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	異動事由				10		11	転出
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動年月日	年 月 日			10	死亡
	生年月日	昭・平・令	年	月								日	(個人番号)
6	(フリガナ)	世帯主との続柄			マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	異動事由				12		13	国保組合加入
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動年月日	年 月 日			12	生保開始
	生年月日	昭・平・令	年	月								日	(個人番号)
7	(フリガナ)	世帯主との続柄			マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	異動事由				14		15	住所地特例該当
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動年月日	年 月 日			14	マル学
	生年月日	昭・平・令	年	月								日	(個人番号)

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りま。