

## 国民健康保険被保険者資格異動届

※太枠内だけお書きください。

年	月	日
---	---	---

個人番号		世帯主 (届出人)	住所	枝幸町
国保被保険者証 記号・番号			氏名	(印)
記号・番号	枝幸		電話	

「世帯員」又は「代理人」の場合のみご記入ください。

個人番号	世帯員 または 代理人	住所	
		氏名	(印)
		電話	

異動した人全員分をご記入ください。

No	個人番号	異動した人の 氏 名	生年月日	性別	世帯主 との続柄	他 保 険
						記号番号・得喪日等
1			年 月 日	男女		年 月 日
2			年 月 日	男女		年 月 日
3			年 月 日	男女		年 月 日
4			年 月 日	男女		年 月 日
5			年 月 日	男女		年 月 日

(※担当者使用欄) 異動事由					
取得 (新規・追加)	1 社保離脱    2 出生    3 生保廃止    4 道外からの転入    5 その他				
喪失 (一部・全部)	1 社保加入    2 死亡    3 生保開始    4 道外への転出    5 その他				
変更 (一部・全部)	1 住所変更    2 氏名変更    3 世帯変更    4 その他				
適用開始・終了 (一部・全部)	1 道内市町村からの転入(適用開始)    2 道内市町村への転出(適用終了)    3 その他				