

国民健康保険被保険者異動届出書

行田市長

届出人	氏名		
	電話番号	—	—

地区名		行政区番号		事由	1 転入	2 出生	3 社保取得	4 社保喪失	5 国組取得	6 国組喪失	7 退職取得	8 退職喪失	9 生保開始	10 生保廃止	11 後期該当	12 その他	〔 〕
届出	年 月 日	区分	全部 一部														
住所	行田市			世帯主							個人番号						
旧住所											記号番号	行田					

フリガナ 異動者氏名		個人番号	生年月日	性別	世帯主との続柄	職業	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）	異動年月日
1			年 月 日	男・女			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	加入・喪失 ・
2			年 月 日	男・女			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	加入・喪失 ・
3			年 月 日	男・女			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	加入・喪失 ・
4			年 月 日	男・女			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	加入・喪失 ・
5			年 月 日	男・女			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	加入・喪失 ・
6			年 月 日	男・女			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	加入・喪失 ・

処 理 欄	
1	交付（窓口）
2	交付（郵送）
3	回収
4	喪失後受診の説明
5	税額説明
入力	未・済
担当者	

摘要

※ 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す。