

島本町長 殿

国民健康保険資格異動届出書

年 月 日届出

◆世帯主住所 島本町

方書 様方

1月1日現在の住所
ふりがな

転出先住所

◆世帯主氏名

◆個人番号

転居先住所 島本町

[1.普通 3.擬制] ◆電話番号

◆異動（加入・喪失等）する人の氏名等を記入してください。

氏名	性別	生年月日	個人番号	マイナ保険証 利用登録
	男・女	年 月 日生		済 <input type="checkbox"/>
	男・女	年 月 日生		済 <input type="checkbox"/>
	男・女	年 月 日生		済 <input type="checkbox"/>
	男・女	年 月 日生		済 <input type="checkbox"/>
	男・女	年 月 日生		済 <input type="checkbox"/>
	男・女	年 月 日生		済 <input type="checkbox"/>
	男・女	年 月 日生		済 <input type="checkbox"/>

資格	申請	通知

【備考欄】

※ 太枠に囲まれた部分をご記入ください。

資格取得・喪失・異動日	年 月 日
国保番号	

取得事由（新規・追加）			喪失事由（全部・一部）		
01 出生	09 世帯分離	19 その他	21 死亡	29 世帯分離	35 取得取消
02 転入	10 世帯合併	〔* 帰化 * 資格喪失〕	22 転出	30 世帯合併	39 その他
03 社保離脱	12 後期離脱		23 社保加入	32 擬主喪失	** 後期該当 (障害認定)
07 生保廃止	14 職権		27 生保開始	()	
08 転居	15 喪失取消		28 転居	34 職権	

再取得者（該当・非該当）
所得照会（該当・非該当）
非自発的失業者（該当・非該当）
旧被扶養平等割（該当・非該当）
特定同一世帯（該当・非該当）
葬祭費（該当・非該当）

受付者