

国民健康保険異動届

届出日	令和 年 月 日	異動日	平成 令和	年 月 日	異動区分	取得	喪失
						1. 新規 2. 追加	1. 包括 2. 一部

記号番号	鞍国・	世帯主 住所・氏名	住所 鞍手町	TEL ()	個人番号	氏名
------	-----	--------------	--------	---------	------	----

異動事由	取得	喪失	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更
	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 (国保組合) () <input type="checkbox"/> 後期非該当	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 生保受給 <input type="checkbox"/> その他 (国保組合) () <input type="checkbox"/> 後期該当	

異動する人 (被保険者)	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	資格区分	個人番号	公費医療
	氏	名						
1			昭・平・令 .	男・女		1. 退職 (本・扶) 2. 一般		<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> ひとり親
			.					
2			昭・平・令 .	男・女		1. 退職 (本・扶) 2. 一般		<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> ひとり親
			.					
3			昭・平・令 .	男・女		1. 退職 (本・扶) 2. 一般		<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> ひとり親
			.					
4			昭・平・令 .	男・女		1. 退職 (本・扶) 2. 一般		<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> ひとり親
			.					
5			昭・平・令 .	男・女		1. 退職 (本・扶) 2. 一般		<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> ひとり親
			.					

再交付	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額等認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 (理由) <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚れ <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	--

受付時の 確認及び 説明事項	<input type="checkbox"/> 保険税 <input type="checkbox"/> 口振 <input type="checkbox"/> 精算 <input type="checkbox"/> 擬制世帯主 <input type="checkbox"/> 喪失後受診 <input type="checkbox"/> 本人請求 <input type="checkbox"/> 給付 可・否
----------------------	--

氏名変更	変更前の氏名	変更後の氏名	備考	被保険者証	電算入力
				<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 回収済	