

国民健康保険被保険者資格異動届

※ 世帯主と届出人が同世帯でない場合、委任状が必要です

異動事由	1. 氏名 2. 続柄 3. 住所 4. 世帯変更 5. 世帯分離 6. 世帯合併 7. 世帯主 8. その他()				異動年月日	令和	年	月	日				
異動前					異動後								
被保険者 記号・番号	谷国				被保険者 記号・番号	谷国							
住所					住所								
世帯主	氏名			性別	男・女	世帯主	氏名			性別	男・女		
	生年月日	昭・平・令・西暦		年	月		日	生年月日	昭・平・令・西暦		年	月	日
	マイナンバー (個人番号)						マイナンバー (個人番号)						
	フリガナ氏名		生年月日			フリガナ氏名		生年月日					
1			昭・平・令・西暦		1			昭・平・令・西暦					
			年 月 日					年 月 日					
	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女			
2			昭・平・令・西暦		2			昭・平・令・西暦					
			年 月 日					年 月 日					
	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女			
3			昭・平・令・西暦		3			昭・平・令・西暦					
			年 月 日					年 月 日					
	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女			
4			昭・平・令・西暦		4			昭・平・令・西暦					
			年 月 日					年 月 日					
	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女			
5			昭・平・令・西暦		5			昭・平・令・西暦					
			年 月 日					年 月 日					
	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女	マイナンバー (個人番号)			性別	男・女			

左記のとおり届けます。(宛先)北谷町長様

令和 年 月 日

(世帯主)

住所

氏名

マイナンバー
(個人番号)

電話

(届出人)

住所

氏名

マイナンバー
(個人番号)

電話

世帯主との関係

本人 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()

※受付者確認欄	受付者
<input type="checkbox"/> 70歳以上…負担区分判定	
備考	