

# 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
	個人番号					個人番号									
	フリガナ 世帯員氏名				生年月日			フリガナ 世帯員氏名				生年月日			
1					昭・平・令・西暦		1					昭・平・令・西暦			
					年 月 日							年 月 日			
	個人番号				性別	男・女		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			
	個人番号				性別	男・女		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			
	個人番号				性別	男・女		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			
	個人番号				性別	男・女		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			
	個人番号				性別	男・女		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

印

個人番号

電話

(届出人)

住所

氏名

印

個人番号

電話

世帯主との関係

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 住基カード
	<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	