

# 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					
フリガナ氏名		生年月日		フリガナ氏名		生年月日		フリガナ氏名		生年月日		フリガナ氏名	
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.....

個人番号.....

電話.....

(届出人)

住所.....

氏名.....

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		