

国民健康保険異動届

処理欄
/

上ノ国町長 様

異動年月日		証番号						届出年月日		令和 年 月 日			
年 月 日		異動事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 他保離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 後期離脱 <input type="checkbox"/> その他取得 ()						届出人	氏名 (印)			
<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 他保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期加入(障老) <input type="checkbox"/> その他喪失 ()						個人番号							
<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 種別変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 () <input type="checkbox"/> その他変更 ()						電話番号 - -							
住所	新							世帯主					
	旧												
No.	氏名		生年月日	性別	続柄	個人番号	退職	介護	高齢	マル学	その他		
1			昭・平・令 ・ ・	男・女									
2			昭・平・令 ・ ・	男・女									
3			昭・平・令 ・ ・	男・女									
4			昭・平・令 ・ ・	男・女									
5			昭・平・令 ・ ・	男・女									
6			昭・平・令 ・ ・	男・女									
課長		主幹		主査等				備考					