

# 国民健康保険異動届出書

三郷町長 様

届出日	令和 年 月 日	異動(予定)	令和 年 月 日				
お窓越 し口 の方に	氏名			電話	自宅	-	-
					携帯	-	-
	住所	三郷町					
		世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人	<input type="checkbox"/> 世帯員	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

本人確認書類 :  マイナンバーカード  免許証  その他 ( )  委任状

住所	<input type="checkbox"/> 同上 三郷町			世帯主	<input type="checkbox"/> 擬主 <input type="checkbox"/> 同上			
前住所 転出先				1/1付 市町村	<input type="checkbox"/> 左に同じ <input type="checkbox"/> 所得照会			
1	フリガナ			世帯主との 続柄	職業		マイナンバーカード(*)の 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	
	氏名				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令 年 月 日						
2	フリガナ			世帯主との 続柄	職業		マイナンバーカード(*)の 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	
	氏名				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令 年 月 日						
3	フリガナ			世帯主との 続柄	職業		マイナンバーカード(*)の 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	
	氏名				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令 年 月 日						
4	フリガナ			世帯主との 続柄	職業		マイナンバーカード(*)の 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	
	氏名				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令 年 月 日						
5	フリガナ			世帯主との 続柄	職業		マイナンバーカード(*)の 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	
	氏名				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令 年 月 日						

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

以下、町使用欄						被保険者番号	-
取得	転入	出生	社保離脱	生保廃止	その他 ( )	備考	
喪失	転出	死亡	社保加入	生保開始	その他 ( )		
他	町内転居	氏名変更	世帯主変更	住所地特例該当	住所地特例解除		
その他 ( )							
<p>●喪失後受診 ( 無 有 ) <input type="checkbox"/> 同意書</p> <p>●納付方法 ( <input type="checkbox"/>振 納付書 ) <input type="checkbox"/> 納付書発行</p> <p>●未納 ( 無 有 ) ( 一括納付 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 分納誓約 )</p> <p><input type="checkbox"/> 更生通知発行 <input type="checkbox"/> 還付 <input type="checkbox"/> 充当</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 (判定・発行) <input type="checkbox"/> 旧被扶養者減免</p>							