

# 国民健康保険異動届

番号	新													岩内町長 様	マイナ保険証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	旧																	
		年 月 日			個人番号												世帯増減	人員増減
異動		年 月 日			届出人 (世帯主) 電話		— — ㊟										<input type="checkbox"/> 世帯増	<input type="checkbox"/> 人員増 ( 人増)
住所	新(現)	岩内町字 番地				世帯主	新 <input type="checkbox"/> 普主 <input type="checkbox"/> 擬主								<input type="checkbox"/> 世帯減	<input type="checkbox"/> 人員減 ( 人減)		
	旧(転出先)						旧 <input type="checkbox"/> 普主 <input type="checkbox"/> 擬主								住民登録確認			
事由	<input type="checkbox"/> 取得( <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 )				<input type="checkbox"/> 喪失( <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 )				<input type="checkbox"/> その他				電算処理					
	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱				<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入				<input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更				得喪整理					
	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生保廃止				<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始				<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更				保険税台帳整理					
	<input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 国組離脱				<input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 国組加入				<input type="checkbox"/> その他 ( )									
		氏名及びフリガナ		性別	生年月日及び個人番号				続 柄				回収日：□ 年 月 日 保険証／お知らせ／確認書 医療機関受診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 病院名 ( )					
1			□男 □女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
				年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
2			□男 □女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
				年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
3			□男 □女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
				年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
4			□男 □女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
				年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )										