

## 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															<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 (～ / / )	
届出		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"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> その他 ( )				<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> その他 ( )				<input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	得喪整理																
	保険税台帳整理																
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 : <input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							
										<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							
2					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							
										<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							
3					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							
										<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							
4					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							
										<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )							