

池田町長 様

閱 覽	民生部長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係

1 世帯 2 一部 国民健康保険被保険者等異動届

届出 人	届出日	令和 年 月 日	電話番号	— —		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()		被保険者 番号	—		
	氏 名					世帯主			異動日	令和 年 月 日	
	住 所	岐阜県揖斐郡池田町				個人番号					
加入・ 脱退者	(フリガナ)	生 年 月 日	性別	続柄	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 <input checked="" type="checkbox"/> 不要)	個 人 番 号	備考	1 転入 2 転出 3 転居 4 出生 5 死亡 6 変更 (世帯・世帯主) 7 職権 8 その他			
	氏 名	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			世 帯	増 ・ 減		
	1	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			人	増 ・ 減		
	2	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			異 動 事 由			
	3	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			取 得	喪 失		
	4	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			11 社保離脱	21 社保加入		
	5	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			12 転 入	22 転 出		
	6	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			13 出 生	23 死 亡		
7	昭 平 令	男 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			14 生保廃止	24 生保開始			
							19 その他 ()	29 その他 ()			
備 考	※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 ・資格確認書(特別療養費)が交付されているときは、その旨備考欄に記入すること。 ・社保加入の場合は資格確認書または資格情報のお知らせ、社保離脱の場合は資格喪失証明書を添付のこと。										