

受付	異動入力	確認

池田町長 様

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	090 - 1234 - 5678	世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員(子) <input type="checkbox"/> その他( )		被保険者番号	—	
	氏名	池田 太郎			世帯主	※申請者が世帯主の場合記入不要 池田 一郎		異動日	令和 年 月 日
	住所	岐阜県揖斐郡池田町 六之井1468-1			個人番号	1111 1111 1111			

加入・脱退者	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	マイナ保険証について (加入時のみ✓)	個人番号	備考	世帯	増・減
	氏名	氏名							人	増・減
加入・脱退者	1	イケダ タロウ 池田 太郎	昭平令 ○年○月○日	男	子	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2222 2222 2222		人	増・減
	2	イケダ ハナコ 池田 花子	昭平令 ○年○月○日	女	子の妻	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	3333 3333 3333		異動事由	
	3		昭平令 年 月 日	男女		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			取得	喪失
	4		昭平令 年 月 日	男女		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 社保離脱	<input type="checkbox"/> 社保加入
	5		昭平令 年 月 日	男女		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 組合離脱	<input type="checkbox"/> 組合加入
	6		昭平令 年 月 日	男女		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 転出
	7		昭平令 年 月 日	男女		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 死亡
								<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 生保開始	
								<input type="checkbox"/> 住所地利例	<input type="checkbox"/> 後期加入	
								<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

マイナンバーカード※の健康保険証利用登録が完了していますか？

備考	<p>※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です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
----	---