

(あて先) 橋 本 市 長

国民健康保険異動届

※太線のみ記入して下さい

届出人 住所				届出人 氏名	世帯主との続柄 (印)			連絡先	
	世帯主 住所	口同上 橋本市			世帯主 氏名	口同上	世帯主 マイナンバー (個人番号)		
No.	氏 名	生年月日	性別	世帯主 との続柄	マイナンバー (個人番号)	備考	処理事項		
1	(フリガナ)	大昭平西暦 年 月 日	男女	本人 配偶者 子 ()			被保険証	発行 (普通・擬主) 回収 (普通・擬主)	
2	(フリガナ)	大昭平西暦 年 月 日	男女	配偶者 子 ()				高齢受給者証 (70歳以上)	
3	(フリガナ)	大昭平西暦 年 月 日	男女	配偶者 子 ()				被保険者 台帳	
4	(フリガナ)	大昭平西暦 年 月 日	男女	配偶者 子 ()				入 力	
5	(フリガナ)	大昭平西暦 年 月 日	男女	配偶者 子 ()				添付書類	□資格喪失証明書 □社会保険証 □退職(離職)証明 □委任状 □その他
6	(フリガナ)	大昭平西暦 年 月 日	男女	配偶者 子 ()					
※保険税は資格取得日まで遡って賦課されます。 ※世帯主宛に、被保険者証・納税通知書等が送付されます。									
記号・番号		和3・OO		旧記号・番号					
No.	資格 コード	異動 事由	届出年月日	取得年月日	喪失年月日	社会保険の記号・番号等	資格喪失後 医療機関受診歴 (有・無)		
1				口座確認 (有・名義人) • 無)		
2				還付口座 (有・名義人) • 無)		
3				国民年金切替 (有・無)		
4				新世帯主所得申告 (有・無)		
5				介護適用除外施設確認 (有・無)		
6				滞納有無 (有・無)		