

国民健康保険資格異動届

受付番号	氏名		性別		生年月日		職業	
届出年月日	□本人 □世帯主 □その他()				年月日		世帯続柄	
異動年月日	電話番号				個人番号			
年 月 日	個人番号				年月日			
住所	鶴ヶ島市							

(方書・マンション・アパート名までご記入下さい。)

No. (世帯主)	フリガナ 氏名	生年月日 個人番号	性別	世帯続柄	加入		国民健康保険		事由		保険証		負担割合	申告	口座振替 有・無	滞納 有・無	短台帳 1/1	住所 転入日	課税 課税
					世帯主	資格	得喪	得喪(異動日)	事由	事由	事由	事由							
1	大平 昭令	昭令	男	世帯主	有	得	得	得	得	得	得	得	2割	有	無	有	有	()	()
2	大平 昭令	昭令	女	世帯主	有	喪	喪	喪	喪	喪	喪	喪	3割	無	有	有	()	()	
3	大平 昭令	昭令	男	世帯主	有	得	得	得	得	得	得	得	2割	有	無	有	()	()	
4	大平 昭令	昭令	女	世帯主	有	喪	喪	喪	喪	喪	喪	喪	3割	無	有	有	()	()	

健康保険等の得喪	本人	記号番号	事業所名
取得	扶養	機関番号	所在地
喪失	本人(喪)	組合名	電話
扶養	扶養	電話	確認者

旧証番号							
証番号							
処理日							