

国民健康保険資格異動届出書

吉岡町長様

届出年月日 令和 年 月 日

資格異動該当者氏名等記入欄				来庁者氏名	
氏名	マイナ 保険証	生年月日	個人番号	世帯主氏名	□来庁者と同じ
1	有・無	昭・平 令	. .	世帯主住所	
2	有・無	昭・平 令	. .		
3	有・無	昭・平 令	. .	世帯主の 個人番号	
4	有・無	昭・平 令	. .		
5	有・無	昭・平 令	. .	電話番号	- -
6	有・無	昭・平 令	. .	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 取得：社保離脱・転入・出生・その他（ ） 喪失：転出・死亡・社保加入・後期加入・その他（ ） 変更：転居・氏名変更・世帯主変更・その他（ ） </div>	
7	有・無	昭・平 令	. .		

ここから下の欄は、事務上の記載欄ですので何も記入しないでください。

保険証番号		資格取得日	年 月 日	人数変更	名→名 + 名
マル学適用年月日	年 月 日			保険証	発行・書替・（ ）
住特適用年月日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	人数変更	名→名 - 名
電算処理日	年 月 日			保険証	回収・書替・（ ）
処理担当者		備考	転入日・転出日	年 月 日	

* 資格異動の届出に当たって、次のことに同意します。

被保険者が、国保離脱に必要な情報が提供できなかった場合、町が個人番号を利用して特定個人情報を取得すること。