

電算入力	保険証	台帳入力
<input type="checkbox"/> 処理済 <input type="checkbox"/> 未処理	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 受領済	月 日

確認者	

神 倉 異 動 届

届出の該当区分にレ点を入れてください

被保険者証番号 _____ 令和 年 月 日

異 動 区 分	<input checked="" type="checkbox"/> 適用開始 (資格取得)	事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 適用終了 (資格喪失)	事由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 世帯主変更	変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 世帯変更	事由	<input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 学・特・遠 の交付	事由	<input type="checkbox"/> 施設(入所・退所) <input type="checkbox"/> 学校(入学・卒業)
	<input type="checkbox"/> 再交付	理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> その他	理由	

No	氏名	続柄	生年月日	個人番号												その他手続き
1	神河 太郎	本人	⑤ H・R 40年 1月 1日	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	年金・福祉医療
2	神河 花子	妻	⑤ H・R 42年 2月 22日	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	年金・福祉医療
3																年金・福祉医療
4																年金・福祉医療
5			S・H・R 年 月 日													年金・福祉医療
6			S・H・R 年 月 日													年金・福祉医療
7			S・H・R 年 月 日													年金・福祉医療

上記のとおり届けます。

令和 5 年 4 月 1 日

世帯主住所 神河町寺前 64 番地

世帯主氏名 神河 太郎

個人番号 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4

電話番号 0790 - 34 - 0001

申請者は世帯主となります

神河町国民健康保険 様

<証返還誓約> (※ 証提出がない場合のみ記入)

このたび、被保険者証等を持参しなかったため提出することができません。後日、直ちに返納することはもちろん、当該被保険者証等にて、医療給付を受けないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

氏 名 _____

世帯数増減	擬制世帯数増減	被保険者数増減	備 考
<input type="checkbox"/> 1 増 <input type="checkbox"/> 1 減	<input type="checkbox"/> 1 増 <input type="checkbox"/> 1 減	増__人・減__人	
本人確認/窓口で手続きをされた方 ()		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ()	