

電算入力	保険証	台帳入力	確認者	
<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		

**神 河 町 国 民 健 康 保 険 異 動 届**

被保険者証番号	異動年月日	令和 年 月 日
---------	-------	----------

異動区分	<input type="checkbox"/> 適用開始 (資格取得)	事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input 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)		
		名称			
	<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			S・H・R 年 月 日		年金・福祉医療
2			S・H・R 年 月 日		年金・福祉医療
3			S・H・R 年 月 日		年金・福祉医療
4			S・H・R 年 月 日		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 年 月 日

世帯主住所 神河町 \_\_\_\_\_  
世帯主氏名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

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 ( )	