

電算入力 ☐ 処理済 ☐ 未処理		台帳入力 月 日		確 認 者	
神 河 町 国 民 健 康 保 険 異 動 届					
被 保 険 者 番 号		異動年月日		令和 年 月 日	
異 動 事 由	☐ 適用開始 (資格取得)	☐ 転 入 ☐ 出 生 ☐ 社保離脱 ☐ 国組離脱 ☐ 生保廃止 ☐ その他 ()			
	☐ 適用終了 (資格喪失)	☐ 転出(実定日／ 月 日) ☐ 死 亡 ☐ 社保加入 ☐ 国組加入 ☐ 生保開始 ☐ 年齢到達 ☐ その他 ()			
	☐ 世帯主変更	変 更 前	変 更 後		
	☐ 世帯の変更	☐ 世帯分離 ☐ 転 居			
	☐ 学・遠・特	☐ 適用開始 ☐ 適用終了	☐ マル学(学生) ☐ マル遠(児童養護施設) ☐ 住所地特例(介護保険施設・特別養護老人ホーム)		
	☐ そ の 他				
No	氏 名	続柄	生年月日	マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無	資格確認書の発行
1			S・H・R 年 月 日	☐ 登録済・ ☐ 未登録	☐ 必要・ ☐ 不要
2			S・H・R 年 月 日	☐ 登録済・ ☐ 未登録	☐ 必要・ ☐ 不要
3			S・H・R 年 月 日	☐ 登録済・ ☐ 未登録	☐ 必要・ ☐ 不要
4			S・H・R 年 月 日	☐ 登録済・ ☐ 未登録	☐ 必要・ ☐ 不要
5			S・H・R 年 月 日	☐ 登録済・ ☐ 未登録	☐ 必要・ ☐ 不要
※ マイナンバーカードは有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りします。 ※ 下段に個人番号を記載してください。					
令和 年 月 日					
神 河 町 長 様 上記のとおり届けます。					
世帯主住所 神河町					
世帯主氏名					
個 人 番 号					
電 話 番 号					
<返還誓約> (被保険者証・資格確認書の返還がない場合のみ記入)					
この度、被保険者証または資格確認書を持参しなかったため返還することができません。後日、直ちに返還することはもちろん、当該被保険者証または資格確認書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					
☐ 1 増 ☐ 1 減		☐ 1 増 ☐ 1 減		増____人・減____人	
本人確認／窓口で手続きをされた方 ()		☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 在留カード・特別永住者証明書等 ☐ その他 ()			