

電算入力	台帳入力
<input type="checkbox"/> 処理済 <input type="checkbox"/> 未処理	月 日

確認者	

### 神河町国民健康保険異動届兼再交付申請書

被保険者番号		異動年月日		令和 年 月 日		
異動事由	<input type="checkbox"/> 適用開始 (資格取得)	<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)	<input type="checkbox"/> 転出(実定日/月日) <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"/> 世帯の変更	<input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 世帯合併				
	<input type="checkbox"/> 学・遠・特	<input type="checkbox"/> 適用開始 <input type="checkbox"/> 適用終了	<input type="checkbox"/> マル学(学生) <input type="checkbox"/> マル遠(児童養護施設) <input type="checkbox"/> 住所地特例(介護保険施設・特別養護老人ホーム)			
	<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					

No	氏名	続柄	生年月日	個人番号(マイナンバー)	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無(※)	交付
1			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
2			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
3			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
4			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
5			S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 未登録 <input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ

※ 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、未登録の場合は「資格確認書」を交付し、登録済の場合は「資格情報のお知らせ」を交付します。

令和 年 月 日
<p>神河町長様 上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: right;">世帯主住所 神河町 _____ 世帯主氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____</p>

<返還誓約> (資格確認書等の返還がない場合のみ記入)

この度、資格確認書等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、当該資格確認書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"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	