

国民健康保険被保険者資格異動届

被保険者証記号番号		異動年月日	令和 年 月 日
-----------	--	-------	----------

世帯区分	普通 擬制	一般 退職	混合	異動区分	全部	一部	課税年度	現年度	過年度
------	----------	----------	----	------	----	----	------	-----	-----

番号	被保険者氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	退職資格	異動事由
1				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	転 入
2				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	転 出
3				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	出 生
4				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	死 亡
5				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	社保加入
6				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	社保離脱
7				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	生保開始
8				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	生保廃止
9				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	そ の 他
10				男・女	昭・平 令 . .	本人 扶養 無	

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主氏名 _____

電話番号 (— —)

窓口に来た人 _____ 世帯主との関係 ()

住 所 _____

電話番号 _____

美 郷 町 長 様

※窓口に来た人が世帯主の場合は「本人」と記入ください。
家族以外の方が窓口に来た場合は住所・電話番号を記入ください。

※太枠の中を記入してください。

処理確認欄	取扱者	連絡事項	受付印
保険証	月 日		
交 付	月 日		
回 収	月 日		

決	課長	参事	班長	班 員
裁		***		

委任状

令和 年 月 日

代理人 住所

氏名

を代理人と定め、下記の事項を委任します。

委任内容 国民健康保険事務 の手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い

委任者 住所

氏名 印

本人確認欄

番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票（個人番号付き）
番号確認書類なし 拒否 ※ 拒否は、申し出があった場合とする。

身元確認 運転免許証 健康保険証の被保険者証+年金手帳 等
人違いでないことを確認 その他（ ）

本人確認担当者 氏名