

住民異動届申出書 (国民健康保険)

河沼郡会津坂下町長

受付番号		新No. 行政	—	旧No. 行政	—
------	--	---------	---	---------	---

太ワクの中だけ記入して下さい

届出日 平成 年 月 日	届出に 来た人	氏名 電話 ()	印	異動事由 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 合併 <input type="checkbox"/> 分離 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 脱退	全部 一部							
異動日 平成 年 月 日	1. 本人 2. 世帯主 3. 代理人	住所 (代理人のみ記入)		どういう理由で転入、転出されましたか 1. 就学、卒業 2. 転勤 3. 転業、転職 4. 就職 5. 退職、廃業 6. 婚姻 7. 住宅、通勤等 8. 親との同居、離婚、養子等 9. その他 ()								
住所 会津坂下町 大字 番地	世帯主		職権	戸籍届出 通知 誤記								
旧住所 転出先	世帯主		修正	住所 氏名 続柄 世帯主 本籍 筆頭者 他 ()								
氏 (フリガナ) 名		生年月日	性	続 柄	勤務先・学校名	基礎年金番号	種別	取得年月日	国 保	給 与		
異 動 す る 人	1 明大昭平 · ·	男 女			1任 3	昭平 · ·	有 無	退 被 扶	収 所	固
	2 明大昭平 · ·	男 女			1任 3	昭平 · ·	有 無	退 被 扶	収 所	固
	3 明大昭平 · ·	男 女			1任 3	昭平 · ·	有 無	退 被 扶	収 所	固
	4 明大昭平 · ·	男 女			1任 3	昭平 · ·	有 無	退 被 扶	収 所	固
	5 明大昭平 · ·	男 女			1任 3	昭平 · ·	有 無	退 被 扶	収 所	固
本 籍	(□住所欄に同じ)		筆頭者		受 付	入 力	審 査	世 帯	<input type="checkbox"/> 世帯構成 <input type="checkbox"/> 世帯減			
加入脱退した事業所名			国 民 健 康 保 険	記号番号	摘要							
種別 記号 番号	保 險 年 金			資格得喪	平 · ·							
保 險 得 喪	平 · ·			保 險 証	交付 補正 回収							
年 金 得 喪	平 · ·			保 險 証	一般・擬制	一般 · 退職 · 混合						
事業所名				保 險 証	税 変 更	有 · 無						
所在地				保 險 証	所得照会	平 · · 印						
区 分	本人 · 配偶者 · 被扶		保 險 証	保 險 証	済 · 未 · ·							
摘 要			摘 要			介護世帯 増 · 減		退職介護世帯 増 · 減		電算入力 済 · 未		
						介護被保 増 · 減		退職介護被保 増 · 減				