

国民健康保険被保険者異動届

書類番号 /	受付	入力	確認	世帯区分 普・擬
-----------	----	----	----	-------------

※
太
枠
内
に
ご
記
入
く
だ
さ
い

No.	フリガナ		生年月日	世帯主との続柄	性別	異動年月日	事由	退職年月日	事由	本・扶	前番号	個人証判定区分 <small>* 対応数字を表記</small>	保険証	高齢受給者証	回収・未回収	回収日	発行番号	付箋情報
	宛名番号	理由				扶養者宛名番号	後番号	期限訂正										
1	氏名 個人番号		S H R 年 月 日		男・女	・		・		本・扶			通常証 ・ 末	割 郵・窓	回収・未回収	/		
2	氏名 個人番号		S H R 年 月 日		男・女	・		・		本・扶			通常証 ・ 末	割 郵・窓	回収・未回収	/		
3	氏名 個人番号		S H R 年 月 日		男・女	・		・		本・扶			通常証 ・ 末	割 郵・窓	回収・未回収	/		
4	氏名 個人番号		S H R 年 月 日		男・女	・		・		本・扶			通常証 ・ 末	割 郵・窓	回収・未回収	/		
5	氏名 個人番号		S H R 年 月 日		男・女	・		・		本・扶			通常証 ・ 末	割 郵・窓	回収・未回収	/		

住所氏名		住所氏名		保険証 郵送 / 給付 / まで	記号 柏国
世帯主	新	世帯主	旧	交付 窓口 / 認定 印	国保番号
主履歴		主履歴		来庁 証明 / 交付 / まで	人数増減
電話番号		電話番号		変更した証 3: 減額認定証 5, 6: 限度額・減額認定証	→
世帯番号		世帯番号		4: 限度額適用認定証 7: 特定疾病療養受療証	

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

柏原市長様

備考欄	
-----	--

住所		年金	済・無 担当 ()	資格	任意継続 済・無
世帯主 氏名	TEL (- -)	保険料	済・無 担当 ()		不当利得 済・無
届出人 氏名	世帯主との続柄 () TEL (- -)		口座なし・あり ()	喪失後 有・無	出産 済・書類渡・無
				葬祭 済・書類渡・無	旧被 済・無
				世帯証 判定区分	

* 対応数字を表記