

国民健康保険異動届

東彼杵町長 あて 下記のとおり異動を届けます

★太わくの中をボールペンで記入してください

届出年月日(今日の日付)		令和 年 月 日	
申請する人	氏名		電話
	区分	1.本人 2.同じ世帯の人 3.代理人(関係 )	
	住所	東彼杵町 郷 番地	

職場の健康保険に加入した、被扶養者になった場合の添付書類

- ・新しく加入する健康保険の加入日がわかる書類(「健康保険・厚生年金保険資格等取得連絡票」、「資格情報のお知らせ」のコピーなど)を国民健康保険をやめる方全員分
- ・東彼杵町国民健康保険証(国民健康保険をやめる方全員分)
- ・届出人の本人確認書類のコピー(マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳など)

★世帯主が異動する場合は世帯主名も記入してください

住所	<input type="checkbox"/> 同上			世帯主 (届出人)	フリガナ	
	東彼杵町 郷 番地				氏 名	
					個人番号	
No.	フリガナ 異動した人の氏名	生 年 月 日 号 個 人 番 号	性別	世帯主 との続柄	マイナンバーカードの 保険証と利用登録の有無	
1		昭・平・令 年 月 日 生	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		個人 番号				
2		昭・平・令 年 月 日 生	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		個人 番号				
3		昭・平・令 年 月 日 生	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		個人 番号				
4		昭・平・令 年 月 日 生	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		個人 番号				
5		昭・平・令 年 月 日 生	男・女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		個人 番号				

所得照会 (情報連携)

記号	番号			
東彼杵	0	0	0	

異動年月日
年 月 日

届出年月日
年 月 日

資格確認書 など回収	有 ・ 無
	月 日

電算 入力	月 日

備考

--