

國民健康保険異動届

東彼杵町長 あて 下記のとおり異動を届けます

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)

★太わくの中をボールペンで記入してください
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	□同上				世帯主 (届出入)	フリガナ					所得照会 (情報連携)
	東彼杵町 郷 番地					氏名					
No.	フ リ ガ ナ	生 年 月 日	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						
異動した人の氏名	個人番号	昭・平・令	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
		年 月 日 生									
		昭・平・令									
		年 月 日 生									
		昭・平・令									
年 月 日 生											
個人番号											
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											