

国民健康保険異動届

東彼杵町長 へ

下記のとおり異動を届け出ます

世帯主	住所 東彼杵町	郷	番地										
氏名		電話番号 - -											
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>												

※黒太枠のみ記入ください

	異動する人の氏名 <small>(本人を含め、異動する全員をお書きください)</small>	生年月日	性別	世帯主との続柄
1	ふりがな	昭 平 令 西 暦	男	
		. .	女	
2	ふりがな	昭 平 令 西 暦	男	
		. .	女	
3	ふりがな	昭 平 令 西 暦	男	
		. .	女	
4	ふりがな	昭 平 令 西 暦	男	
		. .	女	
5	ふりがな	昭 平 令 西 暦	男	
		. .	女	

職場の健康保険に加入された、被扶養者になった場合の添付書類

- ・新しい健康保険証のコピー（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）

電算	月 日	被保険者証回収	有 無
			月 日
記号	番号	異動年月日	届出年月日
東彼杵	0 0 0		

備考	
----	--