

国民健康保険資格異動届出書

吉岡町長様

届出年月日 令和 年 月 日

資格異動該当者氏名等記入欄				来庁者氏名		
氏名		マイナ保険証	生年月日	個人番号	世帯主氏名	□来庁者と同じ
1		有・無	昭・平 令		世帯主住所	
2		有・無	昭・平 令			
3		有・無	昭・平 令		世帯主の 個人番号	
4		有・無	昭・平 令			
5		有・無	昭・平 令		電話番号	— —
6		有・無	昭・平 令		取得：社保離脱・出生・生保廃止・その他（ ） 喪失：社保加入・後期加入・死亡・生保開始・その他（ ） 変更：ビザ更新・氏名変更・その他（ ）	
7		有・無	昭・平 令			
ここから下の欄は、事務上の記載欄ですので何も記入しないでください。						
保険証番号			資格取得日	年 月 日	人数変更	名→名＋名
マル学適用年月日		年 月 日			資格確認書等	発行・書替・（ ）
住特適用年月日		年 月 日	資格喪失日	年 月 日	人数変更	名→名－名
電算処理日		年 月 日			資格確認書等	回収・書替・（ ）
処理担当者			備考			

* 資格異動の届け出に当たって、次のことに同意します。
被保険者が、国保離脱に必要な情報が提供できなかった場合、町が個人番号を利用して特定個人情報を取得すること。