

国民健康保険被保険者資格異動届書

南阿蘇村長 殿

届出日	令和 . .	届出人	
-----	--------	-----	--

被保険者番号

現住所	南阿蘇村大字
電話番号	

世帯主	
個人番号	

届出の種別		
取得	喪失	□その他変更
<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 全部	
<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 一部	

マイナ保険証	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
資格情報のお知らせ	資格確認書

異動する人全員を記入してください。	被保険者氏名		生年月日	性別	続柄	異動理由	異動年月日	備考
	個人番号							
1			昭和 平成 令和	男・女			令和 . .	
2			昭和 平成 令和	男・女			令和 . .	
3			昭和 平成 令和	男・女			令和 . .	
4			昭和 平成 令和	男・女			令和 . .	
5			昭和 平成 令和	男・女			令和 . .	
6			昭和 平成 令和	男・女			令和 . .	
7			昭和 平成 令和	男・女			令和 . .	

異動理由

取得	01	転入
	02	社保離脱
	03	生保廃止
	04	出生
	05	職権回復
	06	国組離脱
	07	転居取得
	08	住所地特例取得
	09	その他取得

喪失	11	転出
	12	社保加入
	13	生保開始
	14	死亡
	15	職権抹消
	16	国組加入
	17	転居喪失
	18	住所地特例喪失
	19	その他喪失

世帯関係	21	世帯分離
	22	世帯合併
	23	住所地特例分離
	31	世帯変更
	32	世帯主変更

その他	51	訂正・取消
	53	続柄変更

社会保険喪失に関する事	前勤務先	企業名 []
		TEL []
	社保の喪失年月日	
	(退職日の翌日)	
		令和 年 月 日

※ 担当者確認欄

受付者	電算入力者	入力日	発行・回収	確認者