

国民健康保険異動届

川南町長様

届出日	・	・
異動日	・	・

届出人
(連絡先Tel - -)

住所	川南町大字	番地		世帯主名		個人番号		世帯番号	
----	-------	----	--	------	--	------	--	------	--

異 動 し た 人							異 動 事 由	
No.	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	個人番号	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	取 得	喪 失
1		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無	社 離 生 保 廃 止 その他取得	社 加 生 保 開 始 その他喪失
2		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		
3		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		
4		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無	備 考	
5		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		
6		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		
7		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		
8		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		
9		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		
10		年 月 日	男 ・ 女			☐ 有 ☐ 無		