

	主管課長	審議員	係長	係	年金	国保税
丙						

国民健康保険資格異動届

住所	小国町大字		番地	世帯主名	
氏名	生年月日		個人番号	性別	
1		昭・平・令 年 月 日		男・女	
2		昭・平・令 年 月 日		男・女	
3		昭・平・令 年 月 日		男・女	
4		昭・平・令 年 月 日		男・女	
5		昭・平・令 年 月 日		男・女	
6		昭・平・令 年 月 日		男・女	
資格異動年月日	平成	年 月 日	取得・喪失		
	令和				
新・旧健康保険被保険者証	記号		番号		
保険者名称			保険者番号		
備考					

上記のとおり届出します。

小国町長 様

令和 年 月 日

世帯主名

Ⓜ

届出者名

Ⓜ 続柄

(電話番号)