

	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

※異動する人全員を記入してください

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			令和 年 月 日			証番号			
届出の種別	取得	☐ 新規 ☐ 追加	☐ 社会保険離脱 ☐ 生保廃止 ☐ 出生 ☐ その他取得 ☐ 職権取得						
	喪失	☐ 全部 ☐ 一部	☐ 社会保険加入 ☐ 生保開始 ☐ 死亡 ☐ その他喪失 ☐ 職権消除						
証交付	☐ 交付済		健康診断	☐ 該当		☐ 案内配布 ※19 歳以上該当			
	☐ 郵送			☐ 非該当		☐ 受診済み ☐ その他			
備考									

上記のとおり届出します。

小国町長 殿

令和 年 月 日	
届出者名	⑩ 続柄
(電話番号 — —)	