

国保異動届

玉野市長殿

		世帯主(届出義務者)				電話番号						
		個人番号										
異動年月日		届出年月日		代理人(世帯主来庁の場合は記入不要)				電話番号				
令和 . .		令和 . .										
住所	新	都道府県						世帯主	新			
	旧	都道府県							旧			

※以下、異動される方全員の氏名をご記入ください。

氏名	フリガナ	生年月日	続柄 性別	異動事由	国民健康保険取得情報欄		
					国保得喪年月日	退職得喪年月日	区分
1		大・昭・平・令 ・	男・女		得・喪 ・	得・喪 ・	本 被
	個人番号						
2		大・昭・平・令 ・	男・女		得・喪 ・	得・喪 ・	本 被
	個人番号						
3		大・昭・平・令 ・	男・女		得・喪 ・	得・喪 ・	本 被
	個人番号						
4		大・昭・平・令 ・	男・女		得・喪 ・	得・喪 ・	本 被
	個人番号						
5		大・昭・平・令 ・	男・女		得・喪 ・	得・喪 ・	本 被
	個人番号						

		取得時確認事項		国保	国保番号情報	
		<input type="checkbox"/> 任意継続確認(社保本人・社保加入期間が2カ月(共済は1年)以上・喪失から20日以内のみ) <input type="checkbox"/> 家族等の扶養の確認 <input type="checkbox"/> 証有効期限・喪失手続きの案内 <input type="checkbox"/> 外国人の場合は在留資格・期間の確認 保険証 <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送(/)			旧	新
受付	入力			他 保 険 の 情 報	保険者名称(番号)	
料金	入力日				得・喪 記号	年 月 日 番号 - (枝番)
		喪失時確認事項				
		<input type="checkbox"/> 他資格取得日以降の受診確認 <input type="checkbox"/> 不当利得説明やチラシ配布 ※ 保険証回収 済 (/) ・未 (返信封筒)				

備考欄

- 【加入】届出遅れの理由・受診状況
- 【脱退】受診状況
- 限度額区分・高齢証区分