

国 保 異 動 届				世帯主(届出義務者)				電話番号			
				個人番号							
玉 野 市 長 殿				代理人(世帯主来庁の場合は記入不要)				電話番号			
異動年月日 令和 . .				届出年月日 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。

	フリガナ		生 年 月 日	続 柄		異動事由	国保得喪年月日	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録(資格喪失時は☑不要)
	氏	名		性	別			
1			昭・平・令				得・喪	□有 □無
			. .	男・女			. .	
	個人番号							
2			昭・平・令				得・喪	□有 □無
			. .	男・女			. .	
	個人番号							
3			昭・平・令				得・喪	□有 □無
			. .	男・女			. .	
	個人番号							
4			昭・平・令				得・喪	□有 □無
			. .	男・女			. .	
	個人番号							
5			昭・平・令				得・喪	□有 □無
			. .	男・女			. .	
	個人番号							

受付	入力	取得時確認事項 ☐ 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) ☐ 家族等の扶養の確認 ☐ 証有効期限・喪失手続きの案内 ☐ 外国人の場合は在留資格・期間の確認 資格確認書 ☐ 手渡し ☐ 郵送(/)	国保	国保番号情報	
				旧	新
料金	入力日	喪失時確認事項 ☐ 他資格取得日以降の受診確認 ☐ 不当利得説明やチラシ配布 ※資格確認書回収 済 (/) ・未 (返信封筒)	他保険の情報	保険者名称(番号)	
				得・喪	年 月 日
				記号	番号 - (枝番)

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					

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りです。