

様式第1号（第2条関係）

豊山町長

国民健康保険被保険者異動届書（申請書）

届出日	年	月	日
お窓越しの口の方に	氏名	電話	
	住所	豊場 豊山町大字 青山	
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

住 所	<input type="checkbox"/> 同上				世帯主	氏 名					電 話						
						個 人 番 号											
1	フリガナ				世帯主との続柄	職 業			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）	任意記載事項の記載希望（資格確認書交付時のみ☑）	異動事由 ※右記のコード番号を記載	異動年月日	年	月	日	※異動事由コード	
	氏 名	男・女			<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 転 入 2 町内転居 3 出 生
	生年月日	年	月	日	個人番号												
2	フリガナ				世帯主との続柄	職 業			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）	任意記載事項の記載希望（資格確認書交付時のみ☑）	異動事由 ※右記のコード番号を記載	異動年月日	年	月	日	※異動事由コード	
	氏 名	男・女			<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	8 住所地特例該当 9 世帯分離 10 世帯合併 11 転 出
	生年月日	年	月	日	個人番号												
3	フリガナ				世帯主との続柄	職 業			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）	任意記載事項の記載希望（資格確認書交付時のみ☑）	異動事由 ※右記のコード番号を記載	異動年月日	年	月	日	※異動事由コード	
	氏 名	男・女			<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	16 国保組合加入 17 生保開始 18 後期加入
	生年月日	年	月	日	個人番号												
4	フリガナ				世帯主との続柄	職 業			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）	任意記載事項の記載希望（資格確認書交付時のみ☑）	異動事由 ※右記のコード番号を記載	異動年月日	年	月	日	※異動事由コード	
	氏 名	男・女			<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	16 国保組合加入 17 生保開始 18 後期加入
	生年月日	年	月	日	個人番号												
5	フリガナ				世帯主との続柄	職 業			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）	任意記載事項の記載希望（資格確認書交付時のみ☑）	異動事由 ※右記のコード番号を記載	異動年月日	年	月	日	※異動事由コード	
	氏 名	男・女			<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	16 国保組合加入 17 生保開始 18 後期加入
	生年月日	年	月	日	個人番号												

※ 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ま。