

# 国民健康保険異動届

岩泉町長 様

届出日 令和 年 月 日	異動日 令和 年 月 日	1.本人 2.世帯主・員 3.代理人 4.職権	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失
届出人氏名	届出人住所	電話番号	個人番号
	下閉伊郡岩泉町 字	( ) -	
世帯主氏名 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ	世帯主住所 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ	電話番号	個人番号
	下閉伊郡岩泉町 字	( ) -	

No	氏名	生年月日	続柄	個人番号	マイナ保険証	月中
1		昭・平・令 西暦 年 月 日			有・無	有・無
2		昭・平・令 西暦 年 月 日			有・無	有・無
3		昭・平・令 西暦 年 月 日			有・無	有・無
4		昭・平・令 西暦 年 月 日			有・無	有・無
5		昭・平・令 西暦 年 月 日			有・無	有・無
6		昭・平・令 西暦 年 月 日			有・無	有・無

記号番号	
-	
取得事由	喪失事由
<input type="checkbox"/> 社保喪失	<input type="checkbox"/> 社保加入
<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 生保開始
<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )

得・喪日確認	
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 証明書等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 電話確認 名称	
電話番号	担当
令和 年 月 日	

備考	
----	--

上記の届出人を代理人として、本届をする権限を委任します。

世帯主	印
-----	---

(世帯員以外の方が届出をする場合は、世帯主の委任が必要です。)

処理	受付	入力	チェック
連絡	支所	医助	年金

確認資料	免・マイナ・その他( )	
異動区分	喪失・取得	一部・全部
資格確認書	交付・処理・回収・未回収	
異動項目	基本台帳・国保・年金	