

# 国民健康保険・後期高齢者医療異動届

山口県山陽小野田市長 宛

届出日	令和 . . . . .	異動日	平成・令和 . . . . .	本人確認欄 確・未・通 ( / )	・住基カード ・在留カード ・個人番号カード ・年金手帳 ・運転免許証 ・パスポート ・保険証 ・( )	第 号		
届出人	① <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 ①に該当しない方は②の代理人欄へ→				② <input type="checkbox"/> 代理人 異動者との関係 ( ) 代理人の場合は別途委任状が必要です			
	氏名				氏名			
	TEL ( ) -				TEL ( ) -			
住所	新住所 方書(アパート名等) ( ) 番 号 番 地				世帯主	新世帯主の氏名 (納付義務者) 自治会 新自治会		
	旧住所 方書(アパート名等) ( ) 番 号 番 地					旧世帯主の氏名 自治会 旧自治会		
国民健康保険					保険証 交付・回収・未回収( . . )			
フリガナ 氏名		生年月日	性別	世帯主との 続柄	個人番号		取得年月日	喪失年月日
1		昭和・平成・令和 *外国人住民は西暦 . . .	男女				. .	. .
2		昭和・平成・令和 *外国人住民は西暦 . . .	男女				. .	. .
3		昭和・平成・令和 *外国人住民は西暦 . . .	男女				. .	. .
4		昭和・平成・令和 *外国人住民は西暦 . . .	男女				. .	. .
5		昭和・平成・令和 *外国人住民は西暦 . . .	男女				. .	. .
備考欄  <input type="checkbox"/> 納付義務者は、世帯主であることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 国保資格喪失後の受診が判明した場合、社会保険証の番号等を医療機関に提供することに同意しました。					<input type="checkbox"/> 納付義務者の説明 <input type="checkbox"/> 納付予定 (納付書・口座) <input type="checkbox"/> 非自発的説明 <input type="checkbox"/> 国民年金・免除 <input type="checkbox"/> 受診確認 (有・無)		得喪事由  得・喪  世帯番号	転入 出生 社保離脱 生保廃止 後期離脱 その他  混合 退職 一般  世 人 受付