

東京都立川市

国民健康保険異動届

届出人 (本人・世帯員・代理人)

氏名

個人番号

電話番号

代理人住所

身確

マイナ

以下のとおり届けます。

記号番号 : 25-

届出年月日	令和 年 月 日	異動事由	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他喪失() <input type="checkbox"/> ()
-------	----------	------	--

住 所	立川市 町	世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被保険者でない
-----	-------	-------	--

氏 名	性別	生 年 月 日	続柄	資格	喪失年月日	退職非該当年月日	関連事項
マイナ 個人番号	男 女	昭和 平成 令和	・	一般 退本 退扶	・	・	
マイナ 個人番号	男 女	昭和 平成 令和	・	一般 退本 退扶	・	・	
マイナ 個人番号	男 女	昭和 平成 令和	・	一般 退本 退扶	・	・	
マイナ 個人番号	男 女	昭和 平成 令和	・	一般 退本 退扶	・	・	
マイナ 個人番号	男 女	昭和 平成 令和	・	一般 退本 退扶	・	・	
マイナ 個人番号	男 女	昭和 平成 令和	・	一般 退本 退扶	・	・	

備考・処理欄

※不当 (なし・あり→説明済) ※訂正あり (. . .)

擬制世帯主 :

擬制適用 擬制解除

受付	入力	一次審査	被保険者証	証郵送	二次審査
			<input type="checkbox"/> 回収 . . <input type="checkbox"/> 訂正 . . <input type="checkbox"/> 返却依頼 <input type="checkbox"/> 紛失	/	