

# 阿蘇市国民健康保険被保険者異動届

阿蘇市長 様

以下のとおり、届出をいたします。

届出日： 令和 年 月 日		届出人氏名		印		被保険者番号		届出事項											
異動日： 令和 年 月 日 平成						阿蘇：		得	一部	社離	生廃	その他							
								喪	全部	社加	生開	その他							
住所				世帯主名		連絡先 (電話番号)													
				個人番号															
異 動 す る 人	No.	氏名	個人番号	生年月日		続柄	性別	備考  <input type="checkbox"/> 失業軽減申請済み <input type="checkbox"/> リーフレット配布 <input type="checkbox"/> 口座確認											
	①			昭平 年 月 日 令			男・女												
	②			昭平 年 月 日 令			男・女												
	③			昭平 年 月 日 令			男・女												
	④			昭平 年 月 日 令			男・女												
	⑤			昭平 年 月 日 令			男・女												
	⑥			昭平 年 月 日 令			男・女												
	⑦			昭平 年 月 日 令			男・女												
				資格の得喪に関する特別な事由がある場合		保険証交付年月日		保険証抹消年月日		収納									
										申告									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">課長</td> <td style="width: 25%;">課長補佐</td> <td style="width: 25%;">係長</td> <td style="width: 25%;">担当</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				課長	課長補佐	係長	担当												
課長	課長補佐	係長	担当																