

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、届出ます。

* 太枠内を記入してください

世帯主	住所		届出日	年	月	日														
	氏名			個人番号																
				電話番号																
異動する人	氏 名			世帯主との続柄		性 別		生 年 月 日												
				<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()				年 月 日												
	個人番号														年 月 日					
				<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()				年 月 日												
	個人番号														年 月 日					
				<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()				年 月 日												
	個人番号														年 月 日					
				<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()				年 月 日												
	個人番号														年 月 日					
	窓口に来た人 (世帯主以外の場合記入)			世帯主との関係		<input type="checkbox"/> 同一世帯の家族 <input type="checkbox"/> ()														
				連絡先																

被保険者 記号・番号	阿蘇											届出事項	取得	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> ()
	異動日	年 月 日											喪失	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 組合加入 <input type="checkbox"/> ()
資格の得喪に関する特別な事由がある場合													収納・申告	
主管課長	課長補佐	係長	担当											

【 確 認 事 項 】

<input type="checkbox"/> 喪失日・扶養確認	事業所名: _____ TEL: _____
<input type="checkbox"/> 証 発 行	(窓 口 交 付 ・ 郵 送)
<input type="checkbox"/> 口座登録確認	
<input type="checkbox"/> リーフレット配布	
<input type="checkbox"/> 失業軽減案内	
<input type="checkbox"/> 旧被扶養者該当	
<input type="checkbox"/> 喪失後受診	

保 険 証 等 貼 付 欄

本人確認	確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運 転 免 許 証	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳
	個人番号	<input type="checkbox"/> 在 留 カ ー ド	<input type="checkbox"/> (_____)	
	代理人	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> (_____)