

国民健康保険異動届

届出日	令和 年 月 日					七飯町	電話番号	() -
届出人 (世帯主)	氏名					住所	電話番号	() -
窓口に来た人 (上記と異なる場合)	氏名					住所 (上記と異なる場合)	電話番号	() -
異動者氏名		生年月日		年齢	性別	医療助成等	マイナ保険 証利用登録	職 員 記 入 欄
								異 動 事 由 備 考
1	(フリガナ) (個人番号)	昭・平・令 年 月 日		男・女	・乳幼児 ・重度心障 ・ひとり親 ・その他	有・無		負担割合 - 2割・3割 回収済
2	(フリガナ) (個人番号)	昭・平・令 年 月 日		男・女	・乳幼児 ・重度心障 ・ひとり親 ・その他	有・無		負担割合 - 2割・3割 回収済
3	(フリガナ) (個人番号)	昭・平・令 年 月 日		男・女	・乳幼児 ・重度心障 ・ひとり親 ・その他	有・無		負担割合 - 2割・3割 回収済
4	(フリガナ) (個人番号)	昭・平・令 年 月 日		男・女	・乳幼児 ・重度心障 ・ひとり親 ・その他	有・無		負担割合 - 2割・3割 回収済
5	(フリガナ) (個人番号)	昭・平・令 年 月 日		男・女	・乳幼児 ・重度心障 ・ひとり親 ・その他	有・無		負担割合 - 2割・3割 回収済

事務 処理 欄	異動日	・	・
	処理日	・	・
	交 付 (確・知)	本庁	大中山
		大沼	送付
		・	・
	国保番号		
	世帯主名	(宛名番号)	
	精 算	(<input type="checkbox"/> 納付書 <input type="checkbox"/> 変更通知書 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口)	