

国保異動届

清川村長殿

※太枠の中をご記入下さい。

異動日	令和 年 月 日	届出日	令和 年 月 日	届出
	住所(フリガナ)		世帯主	(フリガナ)
住所	清川村			

※押印は必要ありません。

届出人	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	
	<input type="checkbox"/> 世帯員		
	<input type="checkbox"/> 代理人()		
	電話 ()	住所	
	携帯 ()		

No.	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄
1	昭和 平成 令和	・	男 ・ 女	
2	昭和 平成 令和	・	男 ・ 女	
3	昭和 平成 令和	・	男 ・ 女	
4	昭和 平成 令和	・	男 ・ 女	
5	昭和 平成 令和	・	男 ・ 女	

国保・後期	年金
作成	有・無
回収	有・無
作成	有・無
回収	有・無
作成	有・無
回収	有・無
作成	有・無
回収	有・無

被保険者番号	
65-	
国保事由	
<input type="checkbox"/> 取得	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/>
得喪事由	
<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 転出
(学得・特例)	(学得・特例)
<input type="checkbox"/> 他保喪失	<input type="checkbox"/> 社保加入
<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 生保適用
<input type="checkbox"/> その他	その他
()	()

備考	
----	--

受付・入力	証受領印