

国民健康保険被保険者変更届

届出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯主変更	受 付
異動日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更	
保険証の 記号番号	変 更 前	変 更 後	
	01 -	01 -	
(フリガナ) 世帯主 氏 名			
マイナンバー	S・H . .		S・H . .
世帯主の 住 所	徳島市		徳島市
	方		方
電話番号			
確認事項	減免 特徴	未納有/無 自主 ・ 口座	期変 還付
			期～
変 更 該 当 者			証回収済 破棄依頼
フリガナ 氏 名			
	申告	証回収	申告 証回収
	有ハ	証高限	有ハ 証高限
マイナンバー		破棄依頼	マイナンバー 破棄依頼
	申告	証回収	申告 証回収
	有ハ	証高限	有ハ 証高限
マイナンバー		破棄依頼	マイナンバー 破棄依頼
	申告	証回収	申告 証回収
	有ハ	証高限	有ハ 証高限
マイナンバー		破棄依頼	マイナンバー 破棄依頼
<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 後見人等	住所	氏名	
	電話		
備 考	料・収	子・高・重・介・後期葬	給付
			無 / 7番連絡済・説明済
	免ハ個人療精在住 保証年手 ()		
課 長	課長補佐	係 長	確 認 入 力
			決定通知書
			変更後保険証
			受 付
			郵 送
			手 渡 し