国　民　健　康　保　険　異　動　届

みやき町長　様

※ 太枠の中を記入してください。

受付印

世帯主		届出日	令和　　年　　月　　日	異動・得喪年月日	平成 令和　　・　　・	被保険者記号・番号	三み・
住所	みやき町 大字 電話番号　（　　）			国保取得	社脱 ・ 転入 ・ 出生 ・ 生保廃止 後期非該当 ・ その他（　　）		
届出人	・世帯主 ・本　人 ・代理人 ［ご関係］ （　　）	氏　名		個人番号		国保喪失	社入 ・ 転出 ・ 死亡 ・ 生保開始 後期障害認定該当 ・ その他（　　）
		代理人住　所	電話番号　（　　）			国保変更	転居 ・ 世帯主変更 ・ その他（　　）

	フリガナ 異動対象者氏名	個人番号	生年月日	性別	続柄	続柄変更	備　考	保険証交付・回収
1			昭和 平成 令和　　・　　・	男 女				□後日 □郵送
2			昭和 平成 令和　　・　　・	男 女				資格入力
3			昭和 平成 令和　　・　　・	男 女				受付者
4			昭和 平成 令和　　・　　・	男 女				保健課確認
5			昭和 平成 令和　　・　　・	男 女				

※「個人番号」及び「本人確認」チェック欄

個人番号の確認	□ 個人番号カード □ 通知カード □ 住民票の写し(マイナンバー記載あり)	本人確認	顔写真ありの場合(下記より１つチェック) □ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ パスポート □ 身体障害者手帳　□ 在留カード　□ その他(　　)	顔写真なしの場合(下記より2種類以上チェック) □ 被保険者証　□ 年金証書　□ 官公庁から発行された書類 □ 住民票の写し(マイナンバー記載なし)　□ その他(　　)