

届出書の太枠内に必要事項を記入し、異動者全
員分の①と②を添えて、郵送してください。

- ① 国民健康保険証（有効期限内のもの）の原本または資格確認書の原本
- ② 勤め先等の資格確認書の写しまたは資格情報のお知らせ（資格情報通知書）の写し
（郵送先）

470-2192 東浦町大字緒川字政所 20 番地
東浦町役場 保険医療課

届出日	令和 年 月 日	世帯主氏名						たは資格確認書の原本 ② 勤め先等の資格確認書の写しまたは資格情報 のお知らせ（資格情報通知書）の写し （郵送先） 470-2192 東浦町大字緒川字政所 20 番地 東浦町役場 保険医療課			
		日中連絡の とれる連絡先	— — （□自宅□ 様携帯）								
	異動日 （予定）		世帯主個人番号						被 保 険 者 の 記 号 番 号		
			異動者との続柄								
住所 （現）	東浦町大字 字								資格適用終了の 異 動 年 月 日		
									資格終了区分	包括・一括 普通世帯・みなす世帯	
方書											
回収	宛名番号		異動者氏名	生年月日	個人番号	性別	世帯主 との続柄	国保資格 退職・老健	介護 2 号	異動 事由	資格終了、事由
		1		.					有・無		11 転出 12 社保加入
		2		.					有・無		13 生保開始 14 死亡
		3		.					有・無		15 職権終了 16 その他終了
		4		.					有・無		17 組合加入 18 後期加入年齢到達 19 後期加入障害認定
		5		.					有・無		住所異動に伴う世帯構成の変更の有無 有 ・ 無
		6		.					有・無		保険者名（コード） 事業所名
		7		.					有・無		記号番号 退職年月日 社会保険資格喪失年月日
		8		.					有・無		確認（証明・電話）
						（公印使用）	納付書差替分	葬祭費	受付	国民年金	医療給付