

郵送受付用

太線内を黒ボールペンで記入してください。

届出日	令和 年 月 日	届出人住所(代理人住所)	届出人氏名(代理人氏名)	受付	入力	証確認	証返送・処理日	入力確認
異動日	令和 年 月 日	世帯主新(現)住所 同 上	世帯主氏名 同 上	個人番号				
異動区分	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全・全 <input type="checkbox"/> 全・一 <input type="checkbox"/> 一・全 <input type="checkbox"/> 一・一	世帯主旧住所 同 上	旧世帯主氏名 同 上	電話番号				
<input type="checkbox"/> 国保適用開始		<input type="checkbox"/> 国保適用終了		<input type="checkbox"/> 国保変更		<input type="checkbox"/> 擬主		被保険者証の記号・番号
<input type="checkbox"/> 他保離脱 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 国外転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> 他保加入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 国外転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> 設定 ()		新(現) こうのす・
				<input type="checkbox"/> 取消 ()		旧 こうのす・		

●健康保険資格取得・喪失確認欄 (取得・喪失・変更者を全て記入)

氏名 (旧氏名)	性別	生年月日	続柄	職業	他保等	取得日 喪失日	高齢 受給者証	備考
			個人番号					
	男・女	昭・平 令				退職年月日 (. .)	割	
	男・女	昭・平 令				退職年月日 (. .)	割	
	男・女	昭・平 令				退職年月日 (. .)	割	
	男・女	昭・平 令				退職年月日 (. .)	割	
	男・女	昭・平 令				退職年月日 (. .)	割	

確認書類 有・無	保険者	所在地	電話番号	宛名番号 []	非自 簡申	受付印
	勤務先	名称	担当者		1/1 居住	
					任意継続	
			納付状況			
			口座名義			