

異動事由	異動年月日	届出年月日

お越しの方 窓口	氏名		電話	
	住所			
	世帯主から見た関係	□世帯主本人□世帯員()□その他()		

行政世帯		住所		世帯主	氏名										
記号番号					個人番号										

No.	氏名(フリガナ)				世帯主との続柄				国保				特別療養	食事減額認定	特定疾病認定	加入届出書	
1																	※太枠内を記入してください。 ※世帯主も加入するときは、 該当者欄は世帯主から 記入してください。 ※提出前に添付書類を確認 してください。 □社会保険資格喪失証明書 (コピー) □本人確認書類(コピー)
	生年月日		性別	男	女	外	除	職業	□無職 □自営業 □社会保険なし □パート・アルバイト □学生その他					住民な日			
	個人番号							マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無(資格喪失時は不要)					□有 □無				
2																	
	生年月日		性別	男	女	外	除	職業	□無職 □自営業 □社会保険なし □パート・アルバイト □学生その他					住民な日			
	個人番号							マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無(資格喪失時は不要)					□有 □無				
3																	
	生年月日		性別	男	女	外	除	職業	□無職 □自営業 □社会保険なし □パート・アルバイト □学生その他					住民な日			
	個人番号							マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無(資格喪失時は不要)					□有 □無				
4																	
	生年月日		性別	男	女	外	除	職業	□無職 □自営業 □社会保険なし □パート・アルバイト □学生その他					住民な日			
	個人番号							マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無(資格喪失時は不要)					□有 □無				
5																	
	生年月日		性別	男	女	外	除	職業	□無職 □自営業 □社会保険なし □パート・アルバイト □学生その他					住民な日			
	個人番号							マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無(資格喪失時は不要)					□有 □無				

受領サイン	
-------	--