

世帯主	フリガナ 氏名	住所 電話 — —	被保険者記号・番号			
	個人番号		29			

異動事由	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 13 14 15 16 出 転 社 生 そ 組 後 死 転 社 生 そ 組 職 後 保 保 の 合 期 保 保 の 合 権 期 離 廃 の 離 離 加 開 の 加 消 加 生 入 脱 止 他 脱 脱 亡 出 入 始 他 入 除 入	異動区分 <input type="checkbox"/> 擬制 <input type="checkbox"/> 全一 <input type="checkbox"/> 一端 <input type="checkbox"/> 端末 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 退交 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 台帳	(世帯主は記入不要 届出に來た方)	代理人住所	フリガナ 氏名	関係 ()
	電話 — —					

該 当 者	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	職業	事由	資格取得・喪失年月日	備考
		個人番号	・	・	男・女			・
	個人番号	・	・	男・女			・	・
	個人番号	・	・	男・女			・	・
	個人番号	・	・	男・女			・	・

備考欄: コロナ対策用 加入届出書
 ※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)

受領済

住民異動事項	<input type="checkbox"/> 転入	新	年 月 日	<input type="checkbox"/> 社保喪失	年 月 日	被保険者証の処理	交付	・	・
	<input type="checkbox"/> 転出						郵便	・	・
	<input type="checkbox"/> 住所変更	旧	年 月 日	<input type="checkbox"/> 社保加入	年 月 日		回収	・	・
	<input type="checkbox"/> 主変			会社名	電話 — —	未	・	・	
	<input type="checkbox"/> 氏名変更	変更	年 月 日	保険の種類	記号・番号				

1月1日現在の住所	被保険者証紛失のため返還できませんが、資格喪失後の診療については、市に負担をかけないことを誓約します。	受付			
<input type="checkbox"/> 出産 年 月 日 <input type="checkbox"/> 助産費 <input type="checkbox"/> 育児手当金	年 月 日 氏名				
<input type="checkbox"/> 死亡 年 月 日 <input type="checkbox"/> 葬祭費					