

国民健康保険異動届

東北町長 殿

届出日 令和 年 月 日

下記のとおり、国民健康保険について届出いたします。

届出人	住 所	
	氏 名	⑨
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
	電 話 番 号	(自宅・携帯・勤務先・その他)
	世帯主との 関 係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯主	住 所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ 昭和・平成 年 月 日

※ 異動者については、国保に加入する方や脱退する方を記入して下さい

	氏 名	性別	世帯主との 続 柄	生年月日	異動事由	異動年月日
異動者		男・女		年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社保加入 ・ 社保離脱 ・ 生保開始 ・ 生保廃止 	年 月 日
		男・女		年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社保加入 ・ 社保離脱 ・ 生保開始 ・ 生保廃止 	年 月 日
		男・女		年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社保加入 ・ 社保離脱 ・ 生保開始 ・ 生保廃止 	年 月 日
		男・女		年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社保加入 ・ 社保離脱 ・ 生保開始 ・ 生保廃止 	年 月 日
		男・女		年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社保加入 ・ 社保離脱 ・ 生保開始 ・ 生保廃止 	年 月 日

※ 会社を退職した方は、社会保険等を脱退（退職）した日の翌日を異動年月日に記入して下さい。

★ 国民健康保険異動届の提出について

やむを得ない事情により、国民健康保険の異動について郵送により届出する方は、次の書類等を下記の連絡先まで送付願います。

- ① 国民健康保険異動届出書 ※ 必要事項を記入願います
- ② 異動年月日がわかる書類
 - ・ 厚生年金・健康保険（取得・喪失）証明書
 - ・ 社会保険者証（被保険者又は被扶養者）の写し ※ 変更が生じた方全員分必要
 - ・ その他異動年月日がわかる書類等の写し

ご不明な点等がありましたら、下記の連絡先までお問い合わせ願います。

【連絡先】

〒039-2492

青森県上北郡東北町上北南四丁目32-484

東北町役場 町民課 国民健康保険係

TEL 0176-56-3111

FAX 0175-56-3110