

国民健康保険異動届

佐野市長あて 下記のとおり申請します。

記号番号

※右枠の太線内をご記入ください

申請理由 (該当に○)	加入 (世帯取得 ・ 個人取得) ・ 脱退			申請日 令和 年 月 日		
世帯主	住所					
	氏名				世帯主の個人番号	
	印				電話番号	
※世帯主本人による署名の場合は、押印は必要ありません						
届出人	1. 世帯主本人	届出人氏名 ※世帯主以外の方はご記入ください			世帯主との関係	
	2. 世帯主以外 (右欄も記入してください)				電話番号	
No.	氏名(加入・脱退する方の氏名)	性別	生年月日	続柄	職業	個人番号
1		男 ・ 女	昭 平 令
2		男 ・ 女	昭 平 令
3		男 ・ 女	昭 平 令
4		男 ・ 女	昭 平 令
5		男 ・ 女	昭 平 令

●国保異動日 令和 年 月 日
 社保加入 国組加入 社保離脱 国組離脱 その他()

●本人確認
 運転免許証 個人番号カード パスポート 身体障害者手帳 在留カード
 その他()