

上野原市長 様

住民異動届 (職権記載書) 国保用

| | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 取 扱 | 本 庁 | 秋 山 | 大 目 | 甲 東 | 歳 嶺 | 大 鶴 | 島 田 | 桐 原 | 西 原 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|-----|---------|---------|----------------------|----------------|---------|--|---------------|---------------|---------------|------------|----------|----------|----------------|---|--|------------------|------|--------|----|------|-----|---------------------------------|-----------------------------|--|
| 届出日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | 本人確認 | 1 2 3 4 | 免 旅 他 無 | 記号番号 | No. | | | | | | |
| 異動日 | 平成・令和 年 月 日 | 事由 | 1 転入 | 2 転出 | 3 特別 転出・ 転入 | 4 転居 | 5 出生 | 6 死亡 | 7 世主 変更 | 8 世帯 合併 | 9 世帯 分離 | 10 職権 | 11 修正 | 12 国保 | 13 後期 高齢 | 14 児童 手当 | 15 国民 年金 | 16 介護 保険 | 届出人 | 1 本人 | 氏名 | | | | | |
| 住所 | 上野原市 | | 丁目 番 号 | | | | | | | | | | | | | | 2 世帯主 | | | | 電話 | 1 自宅 | | | | |
| 世帯主 | □届出人と同じ(記入不要) | | 番地 | | | | | | | | | | | | | | 3 その他 | ※届出人が本人の場合は押印不要 | | | | 2 携帯 | — — | | 3 その他 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 国保記号番号 | 新 | | | 国民健康保険証 | <input type="checkbox"/> 交付 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 旧 | | | | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 回収 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 未回収 | | |
| 異動者 | 氏 名 | | 生 年 月 日 | 性別 | 続 柄 | マイナンバー 個人番号 | | | | | | | | | | 以下の場合福祉センターでの手続きが必要です。 | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 昭・平・令 | 男・女 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 子ども医療費 | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度 | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 | | | | | | | | | |
| 2 | | | 昭・平・令 | 男・女 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 子ども医療費 | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度 | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 | | | | | | | | | |
| 3 | | | 昭・平・令 | 男・女 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 子ども医療費 | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度 | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 | | | | | | | | | |
| 4 | | | 昭・平・令 | 男・女 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 子ども医療費 | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度 | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 | | | | | | | | | |
| 5 | | | 昭・平・令 | 男・女 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 子ども医療費 | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度 | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 | | | | | | | | | |
| 6 | | | 昭・平・令 | 男・女 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 子ども医療費 | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度 | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 | | | | | | | | | |
| 備考欄 | | 処 理 | 受付 | 国保 | 特定 疾病 | 連絡 処理 | 税務課 | 疑主社保→後期 に伴い被扶養者 が国保へ加入し た場合連絡 | 福祉セ ンター | 乳児 医療 | ひとり親 | 自立支援 医療 | 重度 医療 | | | | | | | | | | | | | |
| 社保加入・喪失(平成・令和 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退職日(平成・令和 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*太線の中をはっきり記入してください。