

上野原市長 様

住民異動届 (職権記載書) 国保用

取 本 秋 大 甲 巖 大 島 桐 西
扱 庁 山 目 東 巖 鶴 田 原 原

*太線の中をはっきり記入してください。

届出日	平成 30年4月1日	区分	1 2	※1 ①国保から社保へ加入の場合: 社保加入の翌日 ②社保から国保の場合: 退職日の翌日(社保喪失日)										本人確認	1 2 3 4	記号番号	No.									
異動日	平成 30年4月3日	事由	由	転入	転出	特別 転出入	転居	出生	死亡	世主 変更	世帯 合併	世帯 分離	職権	修正	国保	後期 高齢	児童 手当	国民 年金	介護 保険	届出人	1 本人 2 世帯主 3 その他	氏名	国保 一郎			
住所	上野原市上野原3832										丁目 番号		番地		電話	1 自宅 2 携帯 3 その他	0554 - 62 - 3112		※ 届出人が本人の場合は押印不要							
世帯主	国保 太郎										マイナンバー 個人番号	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	2	3	国保新 旧	国民健康 保険証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収
異動者	ふ	り	が	な	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	氏	名	昭	平	男	子	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	<input type="checkbox"/> 子ども医療費 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 <input type="checkbox"/> 自立支援医療						
2	氏	名	昭	平	女	子の妻	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 子ども医療費 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 <input type="checkbox"/> 自立支援医療						
3	昭	平	男																<input type="checkbox"/> 子ども医療費 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 <input type="checkbox"/> 自立支援医療						
4	昭	平	男																<input type="checkbox"/> 子ども医療費 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金制度 <input type="checkbox"/> 自立支援医療						
5	※2 添付書類。 国保取得の場合: 社会保険等をやめた日のわかるもの(退職証明書・健康保険喪失証明書等) 国保喪失の場合: 社会保険等の保険証																									
備考欄	社保加入・喪失 (平成30年4月2日)	退職日 (平成 年 月 日)	処	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												