

太枠内を記入してください

届出日	令和 ○ 年 4 月 8 日	窓口に来られた方(本人・同一世帯員・代理人) 氏名	大和 一郎	世帯主	氏 名	大和 一郎				受付印								
異動日	令和 ○ 年 4 月 1 日	氏名	大和 一郎	世帯主	個人番号	1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4
住 所	大和町 吉岡まほろば一丁目1番地の1	退職日の翌日または資格喪失日		電話番号	自 宅	022 - 345 - 1117												
				携 帯	- -													

世帯主からみた関係

異動者氏名(フリガナ)	生年月日	性別	個人番号(マイナンバー)	続柄	医療費助成	基礎年金番号	国年異動	得喪年月日
1 タイワ イチロウ 大和 一郎	昭和・平成・令和 60年6月6日	男 ・ 女	1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	本人	あんしん 子育て 母子父子 心身障害者心	0 4 6 0 - 1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> 2号→1号 <input type="checkbox"/> 3号→1号 <input type="checkbox"/> その他	. .
2 ハナコ 花子	昭和・平成・令和 2年2月2日	男 ・ 女		妻	あんしん 子育て 母	1 1 2	<input type="checkbox"/> 2号→1号	
3 タロウ 太郎	昭和・平成・令和 元年5月5日	男 ・ 女	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	子	あんしん 子育て 母子父子 心身障害者心	-	<input type="checkbox"/> 2号→1号 <input type="checkbox"/> 3号→1号 <input type="checkbox"/> その他	. .
4 通知カード 個人番号 1234 5678 9012 氏名 番号 花子		男 ・ 女			あんしん 子育て 母子父子 心身障害者心		<input type="checkbox"/> 2号→1号 <input type="checkbox"/> 3号→1号 <input type="checkbox"/> その他	. .
5 住所 ○○県□□市△△町◇丁目○番地▽▽号		男 ・ 女			あんしん 子育て 母子父子 心身障害者心		<input type="checkbox"/> 2号→1号 <input type="checkbox"/> 3号→1号 <input type="checkbox"/> その他	. .
6 平成元年3月31日生 性別 女 発行日 平成27年10月NN日		男 ・ 女			あんしん 子育て 母子父子 心身障害者心		<input type="checkbox"/> 2号→1号 <input type="checkbox"/> 3号→1号 <input type="checkbox"/> その他	. .

個人番号が分からない場合は了承を得た上で、職員が記入します。

医療費助成を受けている場合は○を記入

20歳から59歳の方で国民年金に加入する場合記入

社会保険の喪失日を確認できる書類が必要です

備考	担当	国保取得	国保喪失	取 得	新	0	A	0
		<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> その他	喪 失	旧	0	A	0
		離脱 止 取得	加入 開始 喪失	保険証	交付・郵送・回収・未回収	本人確認 番号確認	免許証・個人CD・通知CD・診・銀・他() 本人記載・住基確認(本人了承済)	