

(あて先) 佐倉市

国民健康保険異動届（郵送脱退用）

☐ 内の項目について記入して下さい

届出日	令和 年 月 日	届出人	1.世帯主	氏名	住所(代理人が届出のとき記入)
			2.本人		
異動日	令和 年 月 日		3.代理人		
			()	☎ ()	届出人 個人番号
住 所			佐倉市		世帯主
いままでの 住 所					世帯主

世帯番号
→

喪失	社入	国組加入	その他終了
生保開始			

確認	免許証	個力	住力(写真あり)	パスポート
	在留カ	その他	()	

※加入の手続きは、郵送で行うことはできません。

異動者氏名・フリガナ		生 年 月 日	性別	職業	異動者個人番号											
				世帯主との続柄												
1		S H R	男・女													
		年 月 日														
2		S H R	男・女													
		年 月 日														
3		S H R	男・女													
		年 月 日														
4		S H R	男・女													
		年 月 日														
5		S H R	男・女													
		年 月 日														

国民健康保険	
資格	全部
有・無	・
	一部
有・無	保険証
	回収
有・無	未回収
有・無	
有・無	

メモ欄

受付・入力	チェック項目	確 認
	☐ 加入世帯、世帯主が正しい	
	☐ 異動日、異動事由が正しい	
	☐ 世帯主課税、納通スケジュール説明	