

(あて先) 目高市長

住民異動届(国保)

※太枠内をご記入ください

届出の年月日		. .		異動事由	世帯 ☐ ☐ 全部 ☐ ☐ 一部		取得理由 ☐ ☐ 転入 ☐ ☐ 社保 ☐ ☐ 組合 ☐ ☐ 出生 ☐ ☐ 生保 ☐ ☐ その他				喪失理由 ☐ ☐ 転出 ☐ ☐ 社保 ☐ ☐ 組合 ☐ ☐ 死亡 ☐ ☐ 生保 ☐ ☐ その他				その他の理由 ☐ ☐ 世帯分離 ☐ ☐ 世帯合併 ☐ ☐ 世帯主変更 ☐ ☐ 全員転居 ☐ ☐ 氏名変更 ☐ ☐ 続柄変更				本人（世帯員）	ふりがな														
異動の年月日		. .																		氏 名														
住 所		日高市						ふりがな												出 人	電話番号		— —											
								世帯主													住 所													
		ふりがな																			氏 名													
		個人番号																													本人との関係（		）	
ふ り が な 氏 名						生 年 月 日				世帯主から見た続柄		職 業		マイナ保険証の利用登録		異動のあった世帯員のうちで、下記の医療費支給制度の適用を受けている又は適用を受けている人を扶養している場合には、該当する制度名をチェックしてください。								本 人 確 認 (写真付き1点、写真無し2点)										
1						性別 男女		昭和 平成 年 月 日 令和																								有 ・ 無		
						性別 男女																												
		個人番号																																
2						性別 男女		昭和 平成 年 月 日 令和								有 ・ 無		☐ 子ども医療 ☐ 重度心身障がい者医療 ☐ ひとり親家庭等医療 ☐ 特定疾病療養 ☐ 自立支援医療 ☐ 該当なし																
						性別 男女																												
		個人番号																																
3						性別 男女		昭和 平成 年 月 日 令和								有 ・ 無																		
						性別 男女																												
		個人番号																																
4						性別 男女		昭和 平成 年 月 日 令和								有 ・ 無																		
						性別 男女																												
		個人番号																																
5						性別 男女		昭和 平成 年 月 日 令和								有 ・ 無																		
						性別 男女																												
		個人番号																																
記 号 ・ 番 号		—		区 分		普主		擬主		普→擬		擬→普		限度額認定証		有 ・ 無		その他記載事項																
資格確認書等交付日		確 お . .		世 帯 増 減		増				減				負担区分変更		有 ・ 無																		
資格確認書等回収日		確 お . .		人 員 増 減		増				減				変 更 内 容																				
不当利得の有無		有 ・ 無		出産費の有無		直接払 ・ 有 ・ 無										子		障		重度		資格		賦課		受付者		出張所						
不当利得の説明		済 ・ 未		葬祭費の有無		有 ・ 無										子		障		重度		資格		賦課		受付者		出張所						