様式第１号（第８条関係）

（あて先）日高市長

住　民　異　動　届　（国　保）

※太枠内の記入をお願いします。

届出の年月日		異動事由	世帯	取得理由	喪失理由	その他の理由
異動の年月日			□全部 □一部	□転入 □社保離脱 □組合離脱 □出生 □生保廃止 □その他	□転出 □社保加入 □組合加入 □死亡 □生保開始 □その他	□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 □

届出人	本人（世帯員）	ふりがな	
		氏　名	
		電話番号	（　　）　　—
	代理人	住　所	
		ふりがな	
		氏　名	
		本人との関係	（　　）

住　所		ふりがな	
		世帯主	
		個人番号	

	ふりがな 氏　名	性別	生年月日	世帯主からみた続柄	職業
1		男 女	昭和 平成 令和　年　月　日		
	個人番号				
2		男 女	昭和 平成 令和　年　月　日		
	個人番号				
3		男 女	昭和 平成 令和　年　月　日		
	個人番号				
4		男 女	昭和 平成 令和　年　月　日		
	個人番号				
5		男 女	昭和 平成 令和　年　月　日		
	個人番号				

異動のあった世帯員のうち、下記の医療費支給制度を受けている、あるいは受けている人を扶養している場合には、事業名をチェックしてください。

□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

退職該当	本　人　確　認
該当・非該当	1. 個人番号カード
該当・非該当	2. 免許証
該当・非該当	3. 健康保険証
該当・非該当	4. その他
該当・非該当	5. 本人からの聴聞
該当・非該当	

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
保険証交付日		世帯増減	増		減		負担区分変更	有・無	
保険証回収日		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・有・無						
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