様式第１号

（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	日高　太郎
		電話番号	（111）111 — 1111
	代理人	住　所	
		ふりがな	
		氏　名	
		本人との関係	（　　　　　）

住　所	日高市111　11－11	ふりがな	
		世帯主	日高　太郎
		個人番号	△△△△△△△△△△△△

世帯主氏名を記入

対象者氏名を記入

個人番号はマイナンバーカードの裏の12桁の番号

	ふりがな / 氏名	性別	生年月日	世帯主からみた続柄	職業	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。	マイナ保険証利用登録	本人確認
1	日高　花子 個人番号 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	男 女	昭和 平成 令和　1年　1月　1日			□子ども医療	有・無	1. 個人番号カード
2	個人番号	男 女	昭和 平成 令和　年　月　日			□重度心身障がい者医療	有・無	2. 免許証
3	個人番号	男 女	昭和 平成 令和　年　月　日			□ひとり親家庭等医療	有・無	3. 資格確認書
4	個人番号	男 女	昭和 平成 令和　年　月　日			□特定疾病療養 □自立支援医療	有・無	4. その他
5	個人番号	男 女	昭和 平成 令和　年　月　日			□該当なし	有・無	5. 本人からの聴聞

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
確認書交付日		世帯増減	増		減		負担区分変更	有　・　無	
確認書回収日		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