

(あて先)
備前市長

国民健康保険異動届兼申請書

(兼住民異動届)

(郵送による喪失届出用)

太わく内を黒のボールペンで字を崩さないようにはっきり書いてください。

届出日	令和・西暦 年 月 日	届出人	電話番号 () -	※日中に連絡のとれる電話番号を必ず記入してください。	
異動日	令和・西暦 年 月 日				
住 所	備前市 方書 (住宅・アパート名)	世帯主	個人番号		
今までの住所	今までの世帯主				
No.	異動する (した) 人の氏名 (フリガナ)	生年月日	性別	続柄	
1		昭・平・令・西暦 ・	男 ・ 女		
		個人番号			
2		昭・平・令・西暦 ・	男 ・ 女		
		個人番号			
3		昭・平・令・西暦 ・	男 ・ 女		
		個人番号			
4		昭・平・令・西暦 ・	男 ・ 女		
		個人番号			
5		昭・平・令・西暦 ・	男 ・ 女		
		個人番号			

この異動届に次のものを同封して郵送してください。

■国民健康保険を喪失 (脱退) する全員分の職場の資格確認書または資格情報のお知らせの写し

■届出人様の本人確認書類の写し
(例) 運転免許証、マイナンバーカード、運転経歴証明書、旅券、身体障害者手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書のうち1点。
もしくは、年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書のうち2点。

■国民健康保険を喪失 (脱退) する方全員の資格確認書、資格情報のお知らせのうち交付を受けていたもの

〈送付先〉
〒705-8602
岡山県備前市東片上126番地
備前市役所 こども・保健課 保険医療係 宛