

国 保 異 動 届

事由	加入	新規	転入	社保離脱	出生	生保廃止	職記 ()
	喪失	全部	転出	社保加入	死亡	生保開始	
	変更	一部	転居	氏名変更	世帯変更 (主変更 ・ 分離 ・ 合併)		

記号・番号	栄
-------	---

分離合併後	栄
-------	---

世帯増減	員増減	世帯区分の変更	
増	増	1. 普	2. 擬
減	減	3. 普 → 擬	
		4. 擬 → 普	
世帯区分	1. 一般	2. 退単独	3. 混合
	4. 退単→混	5. 混→退単	/
出産費 ・ 葬祭費		平成 年 月 日 令和 申請済	

特記事項	
異動届出者本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証、パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証や年金手帳など2種	マイナンバーの確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号又は通知カード <input type="checkbox"/> システムによる確認 <input type="checkbox"/> その他 ()

※太わくの中を黒のボールペンではっきり書いてください。

異動年月日 (予定)	平成 年 月 日 令和	届出年月日	令和 年 月 日
住所 栄町		電話番号 ()	
No.	フリガナ	生年月日	性別
届出者	氏名	世帯主との続柄	
世帯主	個人番号		世帯主資格状況
	大正 昭和 平成	年 月 日	男女 本人
2	昭和 平成 令和	年 月 日	男女
3	昭和 平成 令和	年 月 日	男女
4	昭和 平成 令和	年 月 日	男女
5	昭和 平成 令和	年 月 日	男女
			加入 喪失 擬主 (以下、社保扶養にできない理由)
			有 本人 無 扶養
			□扶養者収入超 □その他 () 有 本人 無 扶養
			□扶養者収入超 □その他 () 有 本人 無 扶養
			□扶養者収入超 □その他 () 有 本人 無 扶養

※届出者が、異動の対象者でない場合は下の欄に記入してください

住所	
フリガナ 氏名	世帯主との関係
電話番号 ()	<input type="checkbox"/> 委任状の添付 <input type="checkbox"/> 世帯主の保険証 ※主及び世帯員以外は委任状等を確認すること (必須)

処理確認	事項	被保険者証			資格		電算投入		保険税	
	取扱者	交付	訂正	回収	異動整理簿	給付台帳	異動		現年度分	過年度分