

大井町国民健康保険・国民年金異動届

※太枠内をご記入ください。

処理者	本人確認 確認者
<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> その他 ()	

大井町長様		異動日	令和	年	月	日	携帯電話	世帯主・届出人
大井町 (方書・アパート名)		届出日	令和	年	月	日	自宅	※自宅電話がなければ携帯電話のみ記入してください
番地		届出人		ふりがな		氏名		
※世帯主及び世帯で保険の異動があった方全員の氏名をご記入ください。 ※世帯主が異動される場合は「チェック」								
住所	氏名	生年月日	性別	続柄	世帯主が異動される場合は「チェック」	被保険者証 記号・番号	個人番号 基礎年金番号	異動事由
世帯主	大井町長様	大・昭平・令	男・女	世帯主	<input type="checkbox"/>	-	-	[取得] <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 社離旧扶 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止
1		大・昭平・令	男・女			-	-	<input type="checkbox"/> その他 () [喪失]
2		大・昭平・令	男・女			-	-	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始
3		大・昭平・令	男・女			-	-	<input type="checkbox"/> その他 ()
4		大・昭平・令	男・女			-	-	<input type="checkbox"/> その他 ()
5		大・昭平・令	男・女			-	-	備考
6		大・昭平・令	男・女			-	-	
証 交 付 ・ 回 収						更 正		
令和			年	月	日	還付口座		納付書