

国民健康保険異動届  
福岡県太宰府市長 殿



届出	令和 年 月 日
----	----------

記号	番 号	記号	旧 番 号
21		21	

入力日:

受 付	保険証	申 告
精 算	納税課	照 合

世帯主	氏名	個人番号										電 話	
	住所											旧世帯主	
届出人	氏名	世帯主との関係										電 話	

簡易申告書 (既済・渡済・未済)

同時申請・手続	
<input type="checkbox"/>	限度額適用(減額)認定証
<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受療証
<input type="checkbox"/>	出産育児一時金 (本人私有・全額医療機関)
<input type="checkbox"/>	葬祭費
<input type="checkbox"/>	マル学・マル遠
<input type="checkbox"/>	退職(該当・非該当)届
<input type="checkbox"/>	非自発的失業者
<input type="checkbox"/>	旧被扶養者・生保開始
<input type="checkbox"/>	公費医療手続
交付・受理	
<input type="checkbox"/>	高齢受給者証
<input type="checkbox"/>	被保険者証明書
<input type="checkbox"/>	前期負担区分証明書
<input type="checkbox"/>	特定同一世帯所属者異動連絡票
<input type="checkbox"/>	旧被扶養者異動連絡票

下記のとおり届けます。

フリガナ 氏 名	生年月日 個人番号	性別	続柄	異動事由	該当年月日	退職

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

口座引落を第 \_\_\_\_ 期から中止します。

保険証を受領しました。

署名	
----	--