

の所のみ記入してください。

※届出人の本人確認のため本人確認書類の提示をお願いします。

猪苗代町長

異 動 届（国保・年金用）

届出日		令和 年 月 日		↓社保加入のみ記入↓ 国保異動日		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		異動事由 1. 転入 2. 社保離脱 3. 国保離脱 4. 転出 5. 社保加入 6. 国保加入 7. 生保開始 8. 生保廃止 9. 障害認定 10. その他取得 11. その他喪失 12. 世帯主変更 13. 職権消除 14. 職権回復 15. その他	行政区(番号)						届出人	1.本人 2.世帯主 3.その他()																			
異動日		令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日			世帯番号							氏名																			
																		生年月日		昭・平 年 月 日																	
																				住所〔代理人のみ〕																	
住 所	耶麻郡猪苗代町 字										世帯主								連絡先	自 宅 () -																	
	方書/アパート施設名										個人番号									携 帯 () -																	
異 動 対 象 者	No.	フリガナ 氏 名		生年月日		性別		個人番号(マイナンバー)										マイナ保険証利用登録 (国保喪失時は☑不要)		異動根拠資料		国民健康保険 保険証/資格確認書		異動		基礎年金番号		資格異動		進達		作成日		資格		証 交付・差替	
	1			昭 平 令 ・ ・		男・女												<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		保 険 証 ・ 情 報 連 携 ・ 雇 保 ・ 年 金 記 録 ・ 証 明 書 (社 保) ・ そ の 他 ()		交付 未交付 回収 未回収		有・無				→		要・不要		/		有・無		済・未	
	2			昭 平 令 ・ ・		男・女												<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				交付 未交付 回収 未回収		有・無				→		要・不要		/		有・無		済・未	
	3			昭 平 令 ・ ・		男・女												<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				交付 未交付 回収 未回収		有・無				→		要・不要		/		有・無		済・未	
	4			昭 平 令 ・ ・		男・女												<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				交付 未交付 回収 未回収		有・無				→		要・不要		/		有・無		済・未	
	5			昭 平 令 ・ ・		男・女												<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				交付 未交付 回収 未回収		有・無				→		要・不要		/		有・無		済・未	
	6			昭 平 令 ・ ・		男・女												<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				交付 未交付 回収 未回収		有・無				→		要・不要		/		有・無		済・未	
	7			昭 平 令 ・ ・		男・女												<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				交付 未交付 回収 未回収		有・無				→		要・不要		/		有・無		済・未	
社 保 加 入 脱 退 状 況	記号-番号-枝番				本人確認		運転免許証 ・ 診察券 通帳 ・ 年金手帳 マイナンバーカード その他()										メモ欄										電算入力処理		受 付 印								
	資格得喪年月日		・ ・ 得・喪																								実施										
	事業所名																										未実施										
	被保険者名																										担当者										
国 保	保険者番号				世帯		被保		ギ制																												
	記号・番号		島 39 -		医療		+		世 人																												
	適用年月日		・ ・ 開・終		介護		+																														