様式第１号（第８条関係）

国民健康保険被保険者異動届出書

社保加入先	事業所		被用者保険の被扶養者認定に係る	届出年月日	整理番号
	名称				
	保険者番号				新整理番号
前住所・転出先					

連番	被保険者の氏名	生年月日 住民コード	性別	続柄	異動事由 個人番号	異動年月日	退職資格異動年月日 退職異動事由（本人・扶養別）	特例	擬制	マル遠	マル学	非課税	職業

上記のとおり届出をいたします。
年　月　日
吉川市長　宛

世帯主の住所					厚生年金	共済年金	月
					備考		
連絡先電話番号		世帯主氏名		㊞	任意継続保険に加入しません。		保険証を受け取りました。
		個人番号			保険料の説明を受けました。		所得税の変更があれば保険料が上がる場合がある説明を受けました。
代理人氏名		世帯主との続柄					