

様式第1号（第9条関係）		国民健康保険異動届出書										[取得] ・ [喪失] ・ [変更]										郵 送		古河市長 宛て																							
届出日		・		・		世帯主										届出人										氏名		電話										※日中連絡のとれる番号を記入ください。									
異動日		・		・		個人番号										住所										☐ 世帯主住所と同じ。										方書											
住所												方書												適用開始事由				適用終了事由				変更事由															
																								01 02 03 04 05 00 20				01 02 03 04 05 00 20				21 22 23 30 A B C															
																								転入 出生 生保廃止				社離本人 社離扶養 その他				転出 死亡 生保開始				社加本人 社加扶養 その他				擬主消滅				世帯合併 世帯分離 世帯変更 主変更 氏名変更 住所変更 その他			
旧 記番号												包括		普		異動数		被保数																													
新 記番号												一部		擬																																	
No.		員番		フリガナ氏名										生年月日		性別		続柄		国保適用開始・終了日		事由		種別		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		種別		マル福		備考															