

※太枠の中を記入してください
国民健康保険被保険者変更届

届出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 住所 変更	受 付	
異動日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 氏名 変更		
保険証の 記号番号	変 更 前		変 更 後	
	01 -		01 -	
(フリガナ) 世帯主 氏 名	S・H . .		S・H . .	
マイナンバー				
世帯主の 住 所	徳島市 _____		徳島市 _____	
	方		方	
電話番号				
確認事項	減免 特徴 . 自主 . 口座	未納有/無 期変 還付	減免 特徴 . 自主 . 口座	未納有/無 期~
変 更 該 当 者			証回収済 破棄依頼	
フリガナ 氏 名				
	申告	証回収		申告
	有 ハ	証 高 限		有 ハ
マイナンバー		破棄 依頼	マイナンバー	破棄 依頼
	申告	証回収		申告
	有 ハ	証 高 限		有 ハ
マイナンバー		破棄 依頼	マイナンバー	破棄 依頼
	申告	証回収		申告
	有 ハ	証 高 限		有 ハ
マイナンバー		破棄 依頼	マイナンバー	破棄 依頼
<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 後見人等	住所		氏名	
来庁者	電話			
備 考	料・収	子・高・重・介・後期葬	給付	無 / 7番連絡済・説明済
	免 保 証 年 手 (個 身 療 精 在 住)			
課 長	課長補佐	係 長	確 認	入 力
				決定通知書
				変更後保険証
				受 付
				郵 送
				手 渡 し