

国民健康保険・年金 異動届

*湯河原町長あて 下記のとおり申請します。

届出日	年 月 日	※太枠部分をご記入ください。	
届出人	1. 本人 2. 世帯主 3. 同一世帯員 4. 代理人(要委任状)		
	【氏名】	【個人番号(マイナンバー)】	
	【電話番号】		
	【携帯番号】		
	【住所】	【世帯主氏名】	

本人確認	異動内容	異動理由	異動日
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	国保	<input type="checkbox"/> 取得 社保離脱 生保廃止 他() <input type="checkbox"/> 喪失 社保加入 生保開始 他()	年 月 日
	年金	<input type="checkbox"/> 取得 厚年喪失 3号から 生保廃止 <input type="checkbox"/> 種変 <input type="checkbox"/> 喪失 厚年加入 生保開始 <input type="checkbox"/> 法免	年 月 日

異動する人	No.	氏名・フリガナ	生年月日	性別	続柄	個人番号(マイナンバー)	基礎年金番号	
	1		昭和・平成・令和 年 月 日	男 女				
	2		昭和・平成・令和 年 月 日	男 女				
	3		昭和・平成・令和 年 月 日	男 女				
	4		昭和・平成・令和 年 月 日	男 女				
	5		昭和・平成・令和 年 月 日	男 女				

国保入力
国保点検
年金入力
年金点検

自動喪失済

保険証	番号	口座	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 廃止	更正通知	<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 未発行	国保世帯主区分	<input type="checkbox"/> 普主 <input type="checkbox"/> 擬主	備考
	<input type="checkbox"/> 交付 / <input type="checkbox"/> 回収 / <input type="checkbox"/> 未回収(後日郵送・紛失)		<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 未発行	<input type="checkbox"/> 普主→普主 <input type="checkbox"/> 普主→擬主				
即時	<input type="checkbox"/> 処理済(期更正) <input type="checkbox"/> 未処理	納付書	<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 未発行	還付通知	<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 未発行			