様式第１号（第８条関係）

太枠の欄の記入をお願いします

桶川市長

国民健康保険異動届

＊＊＊国保用＊＊＊

異動事由	国保世帯	退単	退退	異動年月日	届出年月日
取得					

届出人 1 世帯主 2 その他	氏名 **桶川　太郎**	個人番号
	住所(代理人のみ)	TEL **048-786-3211**

町字世帯		住所	**桶川市泉1－3－28**	世帯主	**桶川　太郎**
記号・番号					

加入される方全員をご記入願います

NO	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	外	除	国保	退職	資格証	食事減額認定	特定疾病認定	個人番号
1	オケガワ　タロウ **桶川　太郎**	S60.1.1										
	国年番号	得喪日	届区		異事	保区	医助	職業				
					種別		児手	住民日				
2	オケガワ　ハナコ **桶川　花子**	H2.1.1										
	国年番号	得喪日	届区		異事	保区	医助	職業				
					種別		児手	住民日				
3	オケガワ　イチロウ **桶川　一郎**	H25.1.1										
	国年番号	得喪日	届区	異事		保区	医助	職業				
					種別		児手	住民日				
4	オケガワ　レイコ **桶川　令子**	R2.1.1										
	国年番号	得喪日	届区		異事	保区	医助	職業				
					種別		児手	住民日				

起票者													記事					
関連確認		国保							例外		特例		後期	福医	児消	退該	年金	記事
		国	退	資	食	特	高	写	特	学	住	施						
	交																	
	返																	
	変																	
	認																	