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
喪失					

届出人	氏名	個人番号
1　世帯主 2　その他	**桶川　太郎**	
	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					

脱退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																	