

国民健康保険（介護納付金）等資格異動届

年 月 日

いわき市長 様

注意 □のある欄は、該当する箇所をチェックしてください。

届出者	氏名		被保険者との関係	
	住所			
		電話番号		
届出区分	<input type="checkbox"/> 取得		<input type="checkbox"/> 喪失	
届出事由	<input type="checkbox"/> 適用除外施設からの退所 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 適用除外施設への新規入所 (ただし、40歳以上に限る) <input type="checkbox"/> 適用除外施設入所継続者の 40歳到達 <input type="checkbox"/> 施設の適用除外施設への移行 <input type="checkbox"/> その他	
施設等名				
異動年月日	年 月 日			
新住所				
旧住所				
本年1月1日の住所				
被保険者 氏名	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
国民健康保険の 被保険者番号	島8 -			

注1 いわき市の住民基本台帳に登録がある方の、障害者自立支援法に規定される障害者支援施設への入退所時や、入所継続中の施設の体系移行時に届け出てください。

注2 届出者は、施設職員でかまいません。

注3 異動年月日については、喪失は入所日あるいは新体系施設への移行日当日、取得は実退所の翌日となります。