

西予市長 様

国民健康保険 異動届・各種認定（再交付）申請書

下記のとおり届出・申請します。

※太枠の中を記入してください。

証番号			住所	西予市																		
届出日	令和	年	月	日	世帯主	氏名					印											
異動日	年	月	日	生年月日		昭・平	年	月	日	性別	男・女	住所	<input type="checkbox"/> 同左 西予市									
												氏名	<input type="checkbox"/> 同左									
					個人番号				電話番号	- -		関係	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人									
資格取得（番号）				資格喪失（番号）				その他（番号）			認定証（番号）			再交付								
社保 離脱	生保 廃止	出生	組合 離脱	後期 離脱	その他	社保 加入	生保 開始	死亡	組合 加入	後期 障害	その他	氏名 変更	続柄 変更	その他	限度額	限度額 標準負担 減額	標準負担 減額	資格証	限度額	限度額 標準負担 減額	標準負担 減額	特定 疾病

	(ふりがな)		個人番号		資格 保険証	資格 区分	基番 区分	区分	種類		長期入院	
	氏名										<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
※対象被保険者	1	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ			取得 喪失	一般		申請 再交付	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		昭・平 令	男・女	続柄	交付 回収	退本 退扶	1号 取・喪		<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担減額認定証	年 月 日から 年 月 日まで	
									<input type="checkbox"/> 標準負担減額認定証	1.紛失 2.盗難 3.破損 4.その他		
	2				取得 喪失	一般		申請 再交付	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		昭・平 令	男・女	続柄	交付 回収	退本 退扶	1号 取・喪		<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担減額認定証	年 月 日から 年 月 日まで	
							<input type="checkbox"/> 標準負担減額認定証		1.紛失 2.盗難 3.破損 4.その他			
3				取得 喪失	一般		申請 再交付	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
	昭・平 令	男・女	続柄	交付 回収	退本 退扶	1号 取・喪		<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担減額認定証	年 月 日から 年 月 日まで		
								<input type="checkbox"/> 標準負担減額認定証	1.紛失 2.盗難 3.破損 4.その他			
4				取得 喪失	一般		申請 再交付	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
	昭・平 令	男・女	続柄	交付 回収	退本 退扶	1号 取・喪		<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担減額認定証	年 月 日から 年 月 日まで		
								<input type="checkbox"/> 標準負担減額認定証	1.紛失 2.盗難 3.破損 4.その他			
5				取得 喪失	一般		申請 再交付	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
	昭・平 令	男・女	続柄	交付 回収	退本 退扶	1号 取・喪		<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担減額認定証	年 月 日から 年 月 日まで		
								<input type="checkbox"/> 標準負担減額認定証	1.紛失 2.盗難 3.破損 4.その他			

備考	限度額確認欄		本人 確認 代理人	1	<input type="checkbox"/> 番 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 運経歴 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身手 <input type="checkbox"/> 精手 <input type="checkbox"/> 療手 <input type="checkbox"/> 在力 <input type="checkbox"/> 特永 <input type="checkbox"/> その他()	受付
	受付番号	2		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 児扶手証 <input type="checkbox"/> 特児扶手証 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 質問 <input type="checkbox"/> その他()		
	イ 市町村民税非課税証明書	1		<input type="checkbox"/> 番 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 運経歴 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身手 <input type="checkbox"/> 精手 <input type="checkbox"/> 療手 <input type="checkbox"/> 在力 <input type="checkbox"/> 特永 <input type="checkbox"/> その他()		
	ロ 保護申請却下通知書	2		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 児扶手証 <input type="checkbox"/> 特児扶手証 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 質問 <input type="checkbox"/> その他()		
ハ 公簿						