

国民健康保険被保険者世帯変更届			
被保険者証の 記号番号	珠	変更年月日	令和 年 月 日
被保険者氏名			個人番号
変更前 世帯主	氏名		
	住所		
変更後 世帯主	氏名		
	住所		
<p>(宛先) 珠洲市長</p> <p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>			

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)	番号確認			
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) No. () </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. () </td> </tr> </table>	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) No. ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他())	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) No. ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他())	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()			