

国民健康保険世帯主変更届

被保険者証の記号番号	岩見沢		
変更前の世帯主 (擬制世帯主)	生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号		
変更後の世帯主 (国民健康保険世帯主)	生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号		
世帯主の変更年月日	平・令	年	月 日

国民健康保険料の納付義務者として、擬制世帯主の同意のもとに上記のとおり国民健康保険の世帯主になることを届け出ます。

なお、国民健康保険の納付義務及び届出義務等を確実に履行します。今後、変更前の世帯主が国民健康保険に加入にしたとき、また、保険料の滞納等国民健康保険事業の運営上支障が生じた場合は前の世帯主を再度世帯主に戻すことを承諾します。

令和 年 月 日

岩見沢市長 様

住 所 岩見沢市

届 出 人 氏 名 印

(変更後の世帯主) 電話番号 ー

同 意 書

岩見沢市長 様

私は上記世帯主の変更に同意いたします。なお、世帯主の変更に私が国民健康保険の被保険者になった場合、及び国民健康保険料の滞納等、国民健康保険事業の運営上支障が生じた場合は、世帯主(私)に戻すことを承諾します。

令和 年 月 日

住 所 岩見沢市

世 帯 主 氏 名 印

(変更前の世帯主) 電話番号 ー

課長	係長	係

保険料収納状況の 確認	
----------------	--

男・女

男・女

新しい

国民健
、変更

者に
帯主を