

上三川町長  
年金事務所長 資格異動届

届出日		年 月 日		氏名		世帯主 氏名		取得事由		喪失事由		取得年月日		年 月 日	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> その他(委任状要)		氏名		世帯主		氏名		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他		取得年月日		年 月 日	
住所 〒		-		上三川町								<input type="checkbox"/> 交付(一般・短期・資格者証) <input type="checkbox"/> 郵送( / ) <input type="checkbox"/> 回収			
本人確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )		(連絡先 ☎ - )											
<input type="checkbox"/> 加入・ <input type="checkbox"/> 喪失 する人の氏名		生 年 月 日		性別		世帯主との続柄		国民健康保険		国民年金		摘 要			
		個 人 番 号						資 格 前 高 旧 被 扶 養		資 格 基 礎 年 金 番 号					
1		年 月 日		男				連携確認 該当 該当 取得 連携不可 非該当 非該当 種別変更		-					
2		年 月 日		男				連携確認 該当 該当 取得 連携不可 非該当 非該当 種別変更		-					
3		年 月 日		男				連携確認 該当 該当 取得 連携不可 非該当 非該当 種別変更		-					
4		年 月 日		男				連携確認 該当 該当 取得 連携不可 非該当 非該当 種別変更		-					
5		年 月 日		男				連携確認 該当 該当 取得 連携不可 非該当 非該当 種別変更		-					
証明書が添付できないとき 提出できない理由 事業所名 _____ 電話番号 _____ 保険者名 _____								確認方法 <input type="checkbox"/> 証明書等 <input type="checkbox"/> 情報連携 <input type="checkbox"/> 年金ネット <input type="checkbox"/> その他( )				受 付		確 認	

上三川町長 資格異動届  
年金事務所長

届出日		平成〇年 〇月 〇日	
届出人	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> その他(委任状要)	氏名 上三川 花子	世帯主 氏名 上三川 一郎
	住所 〒 329-0696 上三川町しらさぎ一丁目1番地		取得事由 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他
	(連絡先 ☎ 56 - 9134)		
		取得年月日 年 月 日	喪失年月日 年 月 日
		保険証 <input type="checkbox"/> 交付(一般・短期・資格者証) <input type="checkbox"/> 郵送( / ) <input type="checkbox"/> 回収	
		本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )	
<input checked="" type="checkbox"/> 加入・ <input type="checkbox"/> 喪失する人の氏名	生年 月 日 個人番号	性別 世帯主との続柄	国民健康保険 資格 前高 旧被扶養
			国民年金 資格 基礎年金番号
			摘要
1	昭和〇年 〇月 〇日 上三川 一郎	男 本人	連携確認 取得 種別変更
2	昭和〇年 〇月 〇日 上三川 花子	女 妻	連携確認 取得 種別変更
3	平成〇年 〇月 〇日 上三川 月子	女 子	連携確認 取得 種別変更
4	年 月 日	男 女	連携確認 取得 種別変更
5	年 月 日	男 女	連携確認 取得 種別変更
証明書が添付できないとき 提出できない理由 事業所名 電話番号 保険者名			確認方法 <input type="checkbox"/> 証明書等 <input type="checkbox"/> 情報連携 <input type="checkbox"/> 年金ネット <input type="checkbox"/> その他( )
			受付 確認