

様式第 10 号

第 号
平成 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会

理事長 _____ 殿

市 町 村 長
広域連合 長
国保組合理事 長

印

資 格 異 動 届

平成 年 月 日に委任をした被保険者（受給者） _____ につ
いて、下記のとおり資格に異動がありましたので、通知します。

記

- 1 異動年月日 平成 年 月 日
- 2 異動の内容・理由等