

決 裁	課長	係長	係	受付者

国民健康保険法第 1 1 6 条の 2（住所地特例）の届出

届出区分		適用 ・ 継続住所変更 ・ 終了 （いずれかに○をしてください）					
被 保 険 者	被保険者番号	西原		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		
	個人番号						
	フリガナ			性 別	男 ・ 女	世 帯 主 との続柄	
	氏 名						

異 動 前 情 報	異動前の住所					
	※異動前の住所が施設の場合、以下も記入してください。			電話番号	—	—
	施 設 名					
	退 所 年 月 日	令和 年 月 日				

異 動 後 情 報	異動後の住所					
	※異動後の住所が施設の場合、以下も記入してください。			電話番号	—	—
	施 設 名					
	入 所 年 月 日	令和 年 月 日				

国民健康保険法施行規則第 5 条の 2 の規定により、上記のとおり届け出ます。

西原村長 様

令和 年 月 日

届出人 住 所 _____
(世帯主) 氏 名 _____

本人確認	・ 免許証 ・ 資格確認書 ・ マイナンバーカード ・ その他（ ）
------	--