

国民健康保険異動届出書

あて先 茅ヶ崎市長

記号番号

08-

マイナンバー(個人番号)を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

届出日 令和 年 月 日

世帯主 (届出人)	氏名			
	住所			
	TEL			
異動する人	氏名	性別	生年月日	続柄
	1	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	2	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	3	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	4	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	5	男・女	昭・平・令 年 月 日	
6	男・女	昭・平・令 年 月 日		

太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご返送ください

国民健康保険被保険者証(原本)

会社の社会保険証の写し

(扶養されている方の分の写しも同封ください)

その他()

保険年金課処理欄		收受印
取扱職員	送付年月日	
備考欄		