

国民健康保険被保険者異動届 国保加入用

届出年月日	令和 年 月 日
-------	----------

届出人
-----

住所	TEL:
----	------

No.	氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)	性別	続柄	備考
1		昭和 令和 平成 年 月 日		男 女		
2		昭和 令和 平成 年 月 日		男 女		
3		昭和 令和 平成 年 月 日		男 女		
4		昭和 令和 平成 年 月 日		男 女		
5		昭和 令和 平成 年 月 日		男 女		
6		昭和 令和 平成 年 月 日		男 女		
7		昭和 令和 平成 年 月 日		男 女		

◎同封いただくもの ・ 社会保険の資格喪失証明書 (任意様式可・加入希望者全員分)

※郵送いただいた証明書の返却はいたしておりません。ご了承ください。

・ 本人確認書類(免許証など)のコピー

※ 個人番号(マイナンバー)欄を空欄のまま送付された場合は市が職権で記載します。職権記載を拒否される場合は下記までご連絡ください。

担当 野洲市役所 保険年金課 国民健康保険担当

520-2395 野洲市小篠原2100番地1 077-587-6081(直通)