

国民健康保険被保険者異動届 国保加入用

届出人

住所	TEL:
----	------

No.	氏名	生年月日	※マイナ保険証利用登録の有無	個人番号(マイナンバー)	続柄	備考
1		昭和 令和 年 月 日 平成	☐ 有 ☐ 無			
2		昭和 令和 年 月 日 平成	☐ 有 ☐ 無			
3		昭和 令和 年 月 日 平成	☐ 有 ☐ 無			
4		昭和 令和 年 月 日 平成	☐ 有 ☐ 無			
5		昭和 令和 年 月 日 平成	☐ 有 ☐ 無			
6		昭和 令和 年 月 日 平成	☐ 有 ☐ 無			
7		昭和 令和 年 月 日 平成	☐ 有 ☐ 無			

◎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いません。ご了承ください。

- ・ 本人確認書類(免許証など)のコピー

※ マイナ保険証利用登録の有無については、必ずどちらかにチェックをお願いします。

「有」にチェックされた方については資格情報のお知らせを送付します

「無」にチェックされた方については資格確認書を送付します（不明の方は「無」にチェックしてください）

担当 野洲市役所 保険年金課 国民健康保険係

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