

国民健康保険法第116条の2に基づく異動届

年 月 日

平群町長 様

社会福祉施設入所等に伴い、住所地（居住地）の特例を 受けることとなった 受けなくなった
 ので届出します。

住 所

届 出 者 氏 名 ⑩

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

連絡先 ()

被保険者氏名													
個 人 番 号													
生 年 月 日	年 月 日												
保 険 者 証 番 号	奈-13				届出者との続柄								
上記者が施設に入所した年月日	年 月 日												
入所施設の名称													
上記施設の所在地													
施設入所前の住所													
住所地特例を受けなくなった年月日	年 月 日												

役場記入欄	・ 届出者 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	・ 被保険者 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票
-------	--	---