

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

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

住 所 _____

届 出 者 氏 名 _____ (印)

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	<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	<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	・ 届出者 ・ 被保険者
-------	--	--	-----------------