

国民健康被保険住所地特例届

(該当 非該当 再交付 その他)

新被保険者証 記号番号	平内		
被保険者氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
(個人番号)			
住 所	〒		
入所施設名	(施設種類)		
施設へ転出し た転出年月日	平成・令和 年 月 日		
備 考			
※以下は非該当届の場合のみ記入してください			
非該当年月日	平成・令和 年 月 日	非該当事由	<input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記のとおり届出します。			
令和 年 月 日			
住 所 _____			
氏 名 _____ (印)			
電 話 番 号 () _____			
平内町長 様			