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	□施設退所 □その他（　　）

上記のとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 （　　）　　－

平内町長　様