

# 国民健康保険異動届

(現在加入されている社会保険証のコピー【加入者全員分】、  
本人確認書類(運転免許証等)のコピー、栃木市国民健康保険証を添付してください。)

届出日	令和 年 月 日
住 所	
世帯主名	
電話番号	連絡の取りやすい電話番号の記入をお願いします。

社会保険等に参加した人(被保険者・被扶養者を記入してください。)		
氏名	生年月日	続柄
	S・H・R .	

※社会保険等に参加した日以降は国民健康保険証は使用できません。  
国民健康保険証は必ず返却をお願いします。

※事務処理欄

TASK処理 ( 未 ・ 済 )