

国民健康保険異動届

- ①現在加入されている社会保険の資格確認書 または 資格情報のお知らせの
コピー【加入者全員分】、
②本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等:代表者1名分)のコピー、
③栃木市国民健康保険の資格確認書(原本) 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。

社会保険等に加入した人(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	国民健康保険 資格確認書
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失
	S・H・R ・		同封・紛失

※社会保険等に加入した日以降は栃木市国民健康保険は使用できません。
国民健康保険の資格確認書をお持ちの方は必ず返却をお願いします。
同封または紛失に○をつけてください。

※事務処理欄
TASK処理 (未 ・ 済)