

様式第3号(第2条関係)

国民健康保険法第 116 条の 2		該当・非該当 継続住所変更	届
被保険者の 記号・番号		該当・非該当 継続住所変更 年 月 日	年 月 日
被 保 険 者	住 所		
	氏 名 及 び 個 人 番 号	姓	名
		姓	名
		姓	名
		姓	名
	姓	名	
姓	名		
病 院 施 設	所 在 地		
	名 称		
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先)幸手市長</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">世帯主 住 所 (届出人) 氏 名 個人番号 電話番号</p>			

※ 「病院 施設」欄は、非該当時には記載不要です。

網掛け部分を記入してください。

(記入例)

様式第3号(第2条関係)

国民健康保険法第116条の2		該当・非該当	継続住所変更
被保険者の 記号・番号	幸 - 999999	該当・非該当	令和××年××月××日
被保険者 及び 個人番号	住所	□□県○○市※丁目×番◇号	
	氏名	幸手 桜子	
	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
	個人番号	□□□□□□□□□□	
病院 施設	所在地	□□県○○市※丁目×番◇号	
	名称	◇◇◇◇◇園	
上記のとおり届け出ます。 令和○○年○○月○○日 (あて先)幸手市長			
世帯主 住所		埼玉県幸手市東4丁目6番8号	
(届出人) 氏名		幸手 太郎	
個人番号		888888888888	
電話番号		999-999-9999	

該当箇所に
丸を付けてください。
継続して入所されている
場合は該当になります。

被保険者(入所者)の氏名等の記入をお願いします。
個人番号とはマイナンバーカード
に記載された数字です。

世帯主の氏名等の記入
をお願いします。

※ 「病院 施設」欄は、非該當時には記載不要です。