

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 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 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: 50px;">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。