

加古川市長 様
※太い枠内をご記入ください。

国民健康保険法第 116 条・116 条の2 該当届

●対象者

届出日	令和7年 4月 1日
フリガナ	コクホ タロウ
氏名	国保 太郎
生年月日	昭和 平成 19年 12月 27日 令和
世帯主との続柄	☐ 本人 ☒ 子 ☐ その他()
現住所 (住民票上の住所)	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇
マイナンバーカードの 健康保険証利用登録の有無	☒ 有 ☐ 無
マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
施設名 または 学校名	〇〇大学 グループホーム〇〇 等
施設住所 または 学校住所	☐ 現住所と同じ 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇

学生の場合は以下もご記入ください。

修学年限	4年
現在の在学年	2年
卒業予定日	令和9年 3月 31日

●世帯主 ☐対象者と同じ

住所	〇〇市〇〇町〇〇
氏名	国保 一郎
電話番号	079-000-0000
マイナンバー	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

●届出人(記入者) ☐対象者と同じ ☒世帯主と同じ

住所	
氏名	
電話番号	

市処理欄

宛名番号	該当日	受付	
		市民センター	国民健康保険課
届出人本人確認	交付物		受付者：
運転免許証 マイナンバーカード その他 ()	確認書 ・ お知らせ		
限度額証	交付方法	代理権確認	国保課処理日及び備考
案内済・不要	窓口・郵送	済・未済	年 月 日