

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

被保険者
記号番号

●対象者

届出日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 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)	
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	
施設名 または 学校名	
施設住所 または 学校住所	☐ 現住所と同じ

学生の場合は以下もご記入ください。

修学年限	年
現在の在学年	年
卒業予定日	年 月 日

●世帯主 ☐対象者と同じ

住所												
氏名												
電話番号												
マイナンバー												

●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 受付者：
届出人本人確認	交付物		
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