

異 動 届

※太枠内を記入してください。

下記のとおり変更しましたので届出します。

加古川市長 様

年 月 日

届 出 人 住 所

氏 名

電 話 番 号 （ ） -

対 象 者	氏 名	①	生 年 月 日	年 月 日生	受給者番号												法別
	氏 名	②	生 年 月 日	年 月 日生	受給者番号												法別
	氏 名	③	生 年 月 日	年 月 日生	受給者番号												法別
	氏 名	④	生 年 月 日	年 月 日生	受給者番号												法別

異 動 内 容

加入保険変更

対象者①

対象者②

加入している健康保険に変更があった際は
対象者全員の新しい健康保険情報の確認ができるものの写
しを添付してください。
※3人以上の場合は裏面に添付してください。

住 所

(新) ☐届出人に同じ

(旧)

変 更 日

.

.

氏 名

(旧)  (新)

変 更 日

.

.

そ の 他

変 更 日

.

.

※マイナ保険証で届出をする方は、保険情報を記入してください。（太枠内は必須）

保 険 情 報	被 保 険 者 氏 名	☐ 申請者に同じ				保険者名称	☐ 加古川市国民健康保険				
						資格取得日					
	記号			番号							

本 人 確 認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）		
番 号 確 認	☐ 個人番号カード ☐ その他（ ）		
備 考			
入 力	日 付 . .	担 当	
確 認	日 付 . .	担 当	

対 象 者 コ ー ド	①		
	②		
	③		
	④		
セ ン タ ー 等 受 付 印		担 当 課 受 付 印	

対象者③

対象者④