

国民健康保険住所地特例

該 当
非該当

届

記号・番号		和25	該当・非該当 年月日	令和 年 月 日
被保険者	住 所 (転出先)			
	氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	個人番号 番号のわかる方は記入願います。			
特例施設	所在地			
	名 称			
備 考				
上記のとおり届けます。 令和 年 月 日 申請者(世帯主) 住 所： 有田川町大字 氏 名： *個人番号* 番号のわかる方は記入願います。 電話番号： — — 有田川町長 殿				

(添付書類)

該当の場合は、「在園証明書、入所証明書」等の入園の事実がわかるもの

非該当の場合は、その事実がわかるもの（転入の場合は必要なし）

届出人氏名

生年月日 S・H 年 月 日

(別世帯の方のみ記入必須)

世帯主との関係(続柄)

住所

電話 ()

職員確認欄

本人確認

免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ()