

# 国民健康保険異動届出書

三木市長様

届出日	令和 年 月 日	届出内容	新規加入・分離・合併・転居・( )		
窓口にお越しの方	氏名		電話	— —	
	住所				
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員( ) <input type="checkbox"/> その他( )			

※確認欄

<ul style="list-style-type: none"> <li>・免許証</li> <li>・パスポート</li> <li>・マイナンバーカード</li> <li>・</li> </ul>	
番号	
郵送	

住所	<input type="checkbox"/> 同上		世帯主	氏名	
				(個人番号)	
1	氏名		世帯主との続柄		マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)		
2	氏名		世帯主との続柄		マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)		
3	氏名		世帯主との続柄		マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)		
4	氏名		世帯主との続柄		マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)		
5	氏名		世帯主との続柄		マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)		

※個人情報の取扱い

ご記入いただいた個人情報は、三木市国保事業（保健事業を含む。）の目的の範囲内で使用します。

備考