

国 民 健 康 保 険 被 保 険 者 関 係 変 更 届

被保険者氏名	変更項目	変 更 前	変 更 後	変更年月日	マイナ保険証 の有無※
				年 月 日	有 ・ 無
				年 月 日	有 ・ 無
				年 月 日	有 ・ 無
				年 月 日	有 ・ 無
備 考					

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住 所 寿都町字 町

世帯主 氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

寿都町長 様

※マイナンバーカードは、有効期限かつ電子証明書（５年ごとに更新が必要）が有効であるものに限りします。