

様式第 3 号（第 8 条関係）

国民健康保険法第 1 1 6 条の 2				該当 ・ 非該当		届	
				継続住所変更			
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号				該当・非該当 継続住所変更 年 月 日		年 月 日	
被 保 険 者	住 所	都道 市区 府県 町村					
	氏 名						
	個 人 番 号						
病 院 設 施	所 在 地						
	名 称						
上記のとおり届けます。 令和 年 月 日 (宛先) 羽 生 市 長 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ - _____							

※「病院・施設」欄は、非該当時には記載不要です。