

理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;">遠</div> <div style="text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">国民健康保険法第116条の2</h2> <h3 style="margin: 0;">該当・非該当 継続住所変更 届</h3> </div> </div>					
被保険者証	記号		番号		
分離者氏名 性別及び生年月日	フリガナ		男・女	続柄	昭和・平成 年 月 日生
分離者住所					
該当・非該当 継続住所変更 年 月 日	平成 年 月 日				
病院 施設	所在地				
	名称				
備考					
<p>上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(フリガナ)</p> <p style="text-align: center;">事務所住所 〒</p> <p>申請人 事業所名称</p> <p style="text-align: center;">事業所電話番号</p> <p style="text-align: center;">(フリガナ)</p> <p>〔組合員〕氏名 印</p> <p style="text-align: center;">関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様</p>					
処 理 欄	区分	控	台帳	証	
	取扱印				

※添付書類 ・施設入所証明書 ・転居先の住民票原本（世帯全員記載のもの） ・該当者の被保険者証
 ※福祉施設への入所や長期入院等の事情によって住所地を移す場合は該当に○をつけて提出してください。
 また、住所地を組合員と同一にした場合は非該当に○をつけて提出してください。
 ※印の届出を提出後に別の住所地へ移った場合は、継続住所変更○をつけて提出してください。