

**【受給者証の記載内容（健康保険証など）が変わったとき】**

<input type="checkbox"/>	健康保険証のコピー（変更のあった受給者全員分）
受給者又は保護者の本人確認書類（①②のどちらかを選択）	
<input type="checkbox"/>	①運転免許証，パスポート，個人番号カード等の顔写真のある証明書 ⇒いずれか1点
<input type="checkbox"/>	②健康保険証，年金手帳，年金証書など顔写真のない証明書 ⇒いずれか2点

**【送付先】（切り取って宛先にお使いください。）**

〒314-8655  
茨城県鹿嶋市平井1187番地1

鹿嶋市 健康福祉部  
国保年金課 宛

**【問合せ先】**

鹿嶋市 健康福祉部 国保年金課  
電話0299-82-2911（代表）  
内線334, 336, 337