

【健康保険情報が変わったとき】

<input type="checkbox"/>	変更のあった受給者全員分の健康保険情報が分かるもののコピー
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，マイナンバーカード等の顔写真のある証明書 ⇒いずれか1点
<input type="checkbox"/>	②資格確認書，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335, 336, 337