

記入例

変更届 (住所変更・氏名変更・諸訂正)

※赤字の部分にご記入下さい。

被保険者証記号番号	25〇〇〇〇〇	変更年月日	平成 年 月 日
-----------	---------	-------	----------

		変更後	変更前
住所変更	※ 変更後の住所と、事業所の所在地が同じ場合は✓して下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 住所地と事業所所在地が同じ		被保険者証回収日 : 年 月 日
	郵便番号	都道府県	(変更前住所)
	870-0000	大分県	大分市〇〇町123番地の4
	△△マチ432バンチノ1 ■×アパート101ゴウ △△町432番地の1(■×アパート101号)		
	固定電話がない場合は 携帯電話番号をご記入下さい。		
	電話(自宅、携帯)	097-555-5555	(変更前電話) 097-500-0000
氏名変更	(カナ) 氏名	(姓) (名)	(変更前氏名)
	個人番号		被保険者証回収日 : 年 月 日
	(カナ) 氏名	(姓) (名)	(変更前氏名)
	個人番号		被保険者証回収日 : 年 月 日
	(カナ) 氏名	(姓) (名)	(変更前氏名)
	個人番号		被保険者証回収日 : 年 月 日
その他			

上記のとおり届けます。

平成 28年 1月 1日 ご記入頂いた日付

(〒 870-0000 )

住所 大分市△△町432番地の1 ■×アパート101号

組合員 氏名 建設 太郎 認印 個人番号 (組合員)

建設連合国民健康保険組合殿 電話(日中連絡先) 090-0000-0000

通知カード等をご覧の上、組合員ご本人のマイナンバーを正確にご記入下さい。

被保険者証を返還できない方がいる場合は、「被保険者証未返還報告書(様式第43号)」の誓約書を記入して下さい。



事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長



本部控 支部控