

国民健康保険組合異動届

被保険者証	記号	建設	番号				
-------	----	----	----	--	--	--	--

異動内容 と理由	取得	・出生 ・死亡 ・社保 ・国保 ・分離 ・転入 ・転出 ・転居 ・その他()	分離加入の場合 新番号		
	喪失				

フリガナ	性別	個人番号		取得年月日 又は 喪失年月日	加入する保険者名 又は 加入していた保険者名	介護保険 2号適用
異動被保険者氏名		生年月日/続柄				
	男・女		続柄	・		有・無
	男・女		続柄	・		有・無
	男・女		続柄	・		有・無
	男・女		続柄	・		有・無

被保険者証 返還年月日	
-------------	--

被保険者証を 紛失したとき	私が紛失した被保険者証により、万一組合に損害をかけた場合は、 一切弁償いたします。 紛失被保険者証 () () () 組合員署名捺印 Ⓜ
------------------	---

上記のとおり被保険者の異動がありましたので必要書類を添えて提出いたします。

埼玉県建設国民健康保険組合理事長 様 年 月 日

組合員 個人番号

住所 _____

氏名 _____ Ⓜ

(署名または記名押印)

電話 _____

保険証の送り先

組合員自宅	<input type="checkbox"/>
地本事務所	<input type="checkbox"/>

その他(下記へ)

※

本人確認欄	来所者(○で囲む)	来所者氏名	代理権確認	番号確認	身元確認
	本人		<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
代理人(関係)	()				

○…提示確認(郵送受付時は写し提出) □…提出 ※確認資料にレ点チェック

決 裁	処理年月日	係 印	受付年月日	担 当 者 印