

(様式第5号)

国民健康保険住所変更届

被保険者証	記号	建設	番号										
新住所													
旧住所													
変更年月日	年			月			日						
個人番号			氏名			個人番号			氏名				
変更の理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移転 ・ 住所表示変更 ・ その他 (
被保険者証 返還年月日	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 (_____ 分 _____ 分 _____ 分) 組合員署名捺印 Ⓜ												
上記のとおり住所を変更しましたので届出いたします。 埼玉県建設国民健康保険組合理事長 様 年 月 日 被保険者証の送り先 組合員個人番号 _____ <table border="1" style="display:inline-table; vertical-align:top;"> <tr> <td>組合員自宅</td> <td></td> </tr> <tr> <td>地本事務所</td> <td></td> </tr> </table> 組合員氏名 _____ Ⓜ その他 (下記へ) 電話 (_____) *										組合員自宅		地本事務所	
組合員自宅													
地本事務所													

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="radio"/> 個人番号カード <input type="radio"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="radio"/> 個人番号カード <input type="radio"/> 運転免許証 <input type="radio"/> その他 ()
	代理人(関係) ()		<input type="checkbox"/> 委任状		

○…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