

国民健康保険組合異動届

被保険者		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								分離加入の場合 新番号	
	喪失	・転居 ・その他()									
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 以前の保険者名	介護保険 2号適用	職業 (取得時)	マイナ保 険証登録 (取得時)		
異動被保険者氏名		生年月日/続柄									
	男・女				・		有・無	学生等 パート等 専従者 その他	有・無		
		昭・平・令		続柄							
	男・女				・		有・無	学生等 パート等 専従者 その他	有・無		
		昭・平・令		続柄							
	男・女				・		有・無	学生等 パート等 専従者 その他	有・無		
		昭・平・令		続柄							
	男・女				・		有・無	学生等 パート等 専従者 その他	有・無		
		昭・平・令		続柄							
資格関係証 返還年月日		年 月 日									
資格関係証を 紛失したとき		私が紛失した証(被保険者証・資格確認書)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。 紛失証の対象者 () () () 組合員署名又は記名押印 ㊟									
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 殿											
証等の送り先		組合員自宅		地本事務所		その他(下記へ)		住所 _____ 氏名 _____ ㊟ <small>(署名または記名押印)</small> 電話 _____			
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				□委任状	○個人番号カード ○通知カード □住民票	○個人番号カード ○運転免許証 ○その他 ()				
○…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							