（様式第5号）

国 民 健 康 保 険 住 所 変 更 届

被保険者	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	・移転 ・住所表示変更 ・その他（
資格関係証返還年月日	年　　月　　日
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。 紛失被保険者証　（　　分　　分　　分） 組合員署名又は押印　㊞

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　殿　　年　　月　　日

証の送り先

組合員自宅	
地本事務所	

組合員個人番号	

組合員　氏　名　　㊞
（署名または記名押印）

その他（　下記へ　）

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			○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 （　　）
	代理人（関係） （　　）		□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

担当係：業務係　取扱期間：5年　文書区分：3

2024.12