

支部 記入欄	地区コード	本部 記入欄	区分	コード	交付年月日	事業所コード
			法人 個人		年 月 日	

決 裁 欄	事務局長	係長	係

組合使用欄

## 変更届（氏名・住所等の変更）

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

■ 下記のとおり届け出ます。

届出年月日	記号	番号	〒	-	電話番号（	）	-	組合員氏名
年 月 日	92-							
							都 道 府 県	

変更事項に☑をつけ、太枠の中を記入してください。

変更する事項	該当者氏名 (上段：フリガナ 下段：漢字)	新（変更後）	旧（変更前）	個人番号（マイナンバー） ※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。	マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無 資格確認書回収日※
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別					有・無
<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄					
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別					有・無
<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄					
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別					有・無
<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄					
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別					有・無
<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄					
<input type="checkbox"/> 自宅住所	新（変更後）		旧（変更前）		年 月 日 変更
	〒 - 電話番号（ ） - 都 道 府 県		〒 - 電話番号（ ） - 都 道 府 県		
	<input type="checkbox"/> 自宅が事業所を兼ねる場合は☑してください。		<input type="checkbox"/> 市町村合併による住居表示の変更の場合は☑してください。		

■ 事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所住所	事業所名	事業主の番号(5桁)	事業主氏名
〒 - 電話番号（ ） - 都 道 府 県			

### 注意事項

太枠の中を漏れなく記入してください。

※「資格確認書」は必ずご返却ください。「資格情報のお知らせ」は返却不要です。

支 部 受 付 印		本 部 受 付 印	
-----------------------	--	-----------------------	--