

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|----------|-----|-------|--------|
| 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 | |

ここには何も記入しないでください

| | | | |
|-----|------|----|---|
| 決裁欄 | 事務局長 | 係長 | 係 |
| | | | |

所属の支部へ提出する日をご記入ください

変更届 (氏名・住所等の変更)

組合使用欄

マイナンバーカードの保険証利用登録をしている場合は「有」、していない場合は「無」に○印をご記入ください

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 | 〒 100 - 0002 | 電話番号 (03) 9876 - 5432 | 組合員氏名 |
| 年 月 日 | 92- | | 東京 都 道 府 県 | 港区赤坂 ○ - ○ - ○ | 板金 強 |
| 6 12 20 | 13 | 2 0 0 0 1 | | | |

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 | イタガネ ツヨシ | | | 1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄 | 板金 強 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 | ユウコ | | | 3 * 5 6 * 8 9 * 1 2 * 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄 | 優子 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 | タクミ | | | 5 * 7 8 * 0 1 * 3 4 * 6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄 | 巧 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 | ノゾミ | | | 7 * 9 0 * 2 3 * 5 6 * 8 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 続柄 | 希望 | | | | |

| | | | |
|--|---|---|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 自宅住所 | 新 (変更後) | 旧 (変更前) | 6 年 |
| | 〒 100 - 0002 電話番号 (03) 9876 - 5432 東京 都 道 府 県 港区赤坂 ○ - ○ - ○ | 〒 100 - 0001 電話番号 (03) 1234 - 5678 東京 都 道 府 県 港区三田 ○ - ○ - ○ | 12 月 13 日 変更 |
| <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。

住民票の住所変更日をご記入ください

| | | | |
|---|-------|------------|-------|
| 事業所住所 | 事業所名 | 事業主の番号(5桁) | 事業主氏名 |
| 〒 189 - 0073 電話番号 (03) 3453 - 8404 東京 都 道 府 県 港区三田 △ - △ - △ | 夢板金工業 | 1 0 0 0 1 | 屋根 登 |

注意事項 太枠の中を漏れなく記入してください。 ↑ 事業主が上記のマイナンバーを確認の上、ご記入ください

※「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 |
| | |