

被 保 険 者 異 動 届

東京土建国民健康保険組合 理事長 殿

私は、裏面の「個人情報の取扱い」に同意し、「個人番号の利用目的」を確認しましたので、以下のとおり届け出ます。

1.太枠内をご記入ください。 ※裏面の注意事項もご確認ください。

所属番号			組合員番号
支部	分会	群	

届出年月日	年 月 日		
記号・番号	91 -		
組合員氏名	個人番号(マイナンバー)		
現住所	〒 -	東京都 市区町村	自宅電話 () 携帯電話 ()
⑨ 旧住所	東京都 市区町村	[住所変更]	年 月 日

2. 該当する届出・申請番号に○をつけ、手続に必要な欄に記入してください。

【証回収状況】 全員分 (回収 年 月 日)

- 家族の増加 (家族が他保険をやめたとき・出生等)
→加入する家族の①、②、③、④、⑤、⑦欄の記入が必要です。
- 家族の減少 (家族が他保険に加入したとき・死亡等)
→減少する家族の①、③、⑥、⑦欄の記入が必要です。
- 住所の変更 (引越などで住所が変わったとき)
→⑨欄の記入が必要です。
- 氏名の変更 (⑩ 旧氏名 :)
→変更する方の①、③、⑩の欄の記入が必要です。
- 保険証の再交付 (保険証を紛失、破損または汚損したとき)
→再交付を行う方の①、②、③、④、⑧の欄の記入が必要です。
- 高齢受給者証の再交付 (受給者証を紛失、破損または汚損したとき)
→再交付を行う方の①、②、③、④、⑧の欄の記入が必要です。

No.	① 氏名	② 性別	③ 上段: 個人番号(マイナンバー) ④ 下段: 生年月日、年齢	⑤ 資格取得年月日 ⑥ 資格喪失年月日	事由	区分	証回収
本人	フリガナ	男・女	年 月 日生 歳				済・未 年 /
異動対象者	フリガナ (組合員との続柄:)	男・女	マイ ナンバ ー 年 月 日生 歳	取得 年 月 日 喪失 年 月 日		成 小 般 幼 高 乳 中 介	済・未 年 /
異動対象者	フリガナ (組合員との続柄:)	男・女	マイ ナンバ ー 年 月 日生 歳	取得 年 月 日 喪失 年 月 日		成 小 般 幼 高 乳 中 介	済・未 年 /

※国籍が日本以外の方は「日本以外の国籍」欄にご記入ください。

⑧ 再交付	申請理由	いつ、どこで、何をしたときに、どうしたか (具体的に)
	1. 紛失	
	2. 破損	
	3. 汚れ	
	4. その他	

※申請理由2または3の場合は、お持ちの保険証も添付してください。

⑦ 加入していた (いる) 健康保険の名称とその健康保険をやめた日、または加入した日を記入してください
健康保険 (または事業所) の名称 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養
上記の健康保険をやめた日 (退職日) 年 月 日 または加入した日 年 月 日
※ 家族が組合員の世帯から分離したことにより、「2 家族の減少」の届出をする際は、以下の欄に転居後の住所を記入してください。
世帯分離後の住所

【支部記入欄】

得喪事由
1. 社保
2. 生保
3. 出生・死亡
4. 他国保
6. 世帯合併、世帯分離
7. 内部異動
9. その他

本人確認欄 (確認した書類をチェックしてください)			支部受付・確認
番号確認 (以下のいずれか1つ)	身元確認(A) (以下のいずれか1つ)	身元確認(B) (Aがない場合、以下のいずれか2つ以上)	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載のもの) <input type="checkbox"/> 通知カード (記載事項に変更のないもの) <input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真付)	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし) <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書	

【国保組合使用欄】

備考

保険料			
変更年月	年 月	医療 徴収	返金
新 種	旧 種	介護 徴収	返金
		年 月 から	年 月 から

確認・決裁	国保受付