

家族が増加(出産)した場合

記入例

家族の異動届

様式第2号-2

※太線枠内の諸事項について記入してください。

被保険者記号・番号		1 7 9 9 9 9 9				
上=被保険者氏名・下=個人番号(12桁)	性別	生 年 月 日	組合員 との続柄	加入理由 (番号)	介護 種 別	資格取得年月日
(カナ) 氏名 ケン セツ 建設 イ チ ロウ 一郎	男	昭和 平成 〇〇 ×× △△	子	5	2	年 月 日
個人 番号 〇 △ □ × 〇 〇 □ △ × 〇 × 〇	女	令和 〇				
(カナ) 氏名 (姓) (名)	男	昭和 平成 令和				年 月 日
個人 番号	女					年 月 日
(カナ) 氏名 (姓) (名)	男	昭和 平成 令和				年 月 日
個人 番号	女					年 月 日
加入理由 1. 地域国保離脱 2. 国保組合離脱 3. 社会保険離脱 4. 生活保護廃止・停止 5. 出生 6. その他()						

※家族が減少する場合の記入例は次ページです。

上=被保険者氏名・下=個人番号(12桁)		性別	生 年 月 日	喪失理由 (番号)	介護 種 別	資格喪失年月日 [回収日]
氏名 (姓) (名)	男	昭和 平成 令和				年 月 日
個人 番号	女					年 月 日
氏名 (姓) (名)	男	昭和 平成 令和				年 月 日
個人 番号	女					年 月 日
氏名 (姓) (名)	男	昭和 平成 令和				年 月 日
個人 番号	女					年 月 日
喪失理由 1. 地域国保加入 2. 国保組合加入 3. 社会保険加入 4. 生活保護開始 5. 死亡 6. その他()						

上記のとおり届けます。

令和〇〇年××月△△日
住所(〒〇〇〇-××××) 〇〇県〇〇市〇△□1-2-3

組合員 氏名 建設 太郎 (建設) 個人番号(組合員) △×〇×□〇×□□〇△〇

※自署の場合押印省略可
建設連合国民健康保険組合殿 電話(日中連絡先) 090-××××-□□□□

支部確認欄 4

※ 被保険者証又は資格確認書を返還できない場合は下記の誓約書を記入してください。

誓約書

1. 被保険者証又は資格確認書は紛失したために返還できませんが、貴国保組合の資格喪失日以降の診療については、貴国保組合に負担をかけない(被保険者証又は資格確認書を発見しても使用しない)ことを誓約いたします。

2. 紛失した被保険者証又は資格確認書を発見した場合は、速やかにこれを返還いたします。

令和 年 月 日 組合員氏名 印

《届出をするときの注意》

- 届出は、その理由が生じた日から14日以内に所属の支部へ提出してください。
- 届出には証拠書類が必要です。詳しい手続きは、支部へ直接お問い合わせください。

※赤字の部分の記入にあたっては、当記入例の2ページ後をご確認ください。
※緑枠の部分の記入にあたっては、当記入例の2ページ後をご確認ください。
※赤字の部分の記入にあたっては、当記入例の2ページ後をご確認ください。

記入例

家族の異動届

様式第2号-2

被保険者記号・番号

1 7 9 9 9 9 9 9

※太線枠内の諸事項について記入してください。

		上＝被保険者氏名・下＝個人番号(12桁)		性別	生 年 月 日			組合員 との続柄	加入理由 (番号)	介 護 種 別	資格取得年月日			
家族が入る場合(家族の増加)	(カナ)氏名	(姓)	(名)	男	昭和	年	月	日			平成 令和	年	月	日
	個人番号													
	(カナ)氏名	(姓)		女	平成						令和			
	個人番号													
※家族が増加する場合の記入例は前ページです。	(カナ)氏名	(姓)									平成 令和	年	月	日
	個人番号													
	(カナ)氏名	(姓)	(名)	男	昭和	年	月	日			平成 令和	年	月	日
	個人番号													

加入理由 1. 地域国保離脱 2. 国保組合離脱 3. 社会保険離脱 4. 生活保護廃止・停止 5. 出生 6. その他()

上＝被保険者氏名・下＝個人番号(12桁)		性別	生 年 月 日	喪失理由 (番号)	介 護 別	資格喪失年月日 [回収日]
氏名	(姓) 建 設 (名) 花 子	男	昭和 年 月 日	3	2	平成 年 月 日
個人番号	□ □ ○ △ × ○ × △ △ ○ × □	女	平成 ○○ ×× △△ 令和			年 月 日
氏名	(姓) (名)	男	昭和 年 月 日	1		平成 年 月 日
個人番号		女	平成 令和			年 月 日
氏名	(姓) (名)	男	昭和 年 月 日	3		平成 年 月 日
個人番号		女	平成 令和			年 月 日

喪失理由 1. 地域国保加入 2. 国保組合加入 3. 社会保険加入 4. 生活保護開始 5. 死亡 6. その他()

上記のとおり届けます。

令和〇〇年 ××月 △△日

住所 (〒〇〇〇-××××) 〇〇県〇〇市〇△□ 1-2-3

組合員 氏名 **建設 太郎**

※自署の場合押印省略可

建設連合国民健康保険組合殿

個人番号
(組合番号) ▲ × ○ × □ ○ × □ □ ○ ▲ ○

電話(日中連絡先) 090-XXXX-XXXX

支部確認欄

※ 被保険者証又は資格確認書を返還できない場合は下記の誓約書を記入してください。

誓約書

1. 被保険者証又は資格確認書は紛失したために返還できませんが、貴国保組合の資格喪失日以降の診療については、貴国保組合に負担をかけない(被保険者証又は資格確認書を発見しても使用しない)ことを誓約いたします。
2. 紛失した被保険者証又は資格確認書を発見した場合は、速やかにこれを返還いたします。

令和〇〇年××月△△日

組合員氏名

建設 太郎

建設連合国民健康保険組合理事長 殿

《届出をするときの注意》

1. 届出は、その理由が生じた日から14日以内に所属の支部へ提出してください。
2. 届出には証拠書類が必要です。詳しい手続きは、支部へ直接お問い合わせください。
3. 減少する家族の当国保組合被保険者証又は資格確認書は必ず返還してください。紛失により返還できない場合は、誓約書欄を記入してください。

※緑枠の部分の記入にあたっては、当記入例の次ページをご確認ください。

※赤字の部分の記入してください。（記入する際は、消せるボールペンは使用しないでください。）

記入する際の注意点（ポイント）

① マイナンバーカードや通知カード等の個人番号がわかる書類を参考に**対象者**の個人番号（マイナンバー）を記入してください。

② “加入理由番号” 欄及び、“喪失理由番号” 欄は、下表を参考に該当する番号を記入してください。

《 家族が増加する場合 》

加入理由	番号
市区町村国保をやめたとき 【地域国保離脱】	1
国保組合をやめたとき 【国保組合離脱】	2
社会保険（協会けんぽや健保組合）をやめたとき 【社会保険離脱】	3
生活保護を停止又は廃止されたとき 【生活保護廃止・停止】	4
子供が生まれたとき 【出生】	5
上記以外の理由 【その他】	6

《 家族が減少する場合 》

喪失理由	番号
市区町村国保に入ったとき 【地域国保加入】	1
国保組合に入ったとき 【国保組合加入】	2
社会保険（協会けんぽや健保組合）に入ったとき 【社会保険加入】	3
生活保護が開始されたとき 【生活保護開始】	4
家族が亡くなったとき 【死亡】	5
上記以外の理由 【その他】	6

③ “加入理由” 及び “喪失理由” が【その他】の場合、
（ ） 内に理由を記入してください。

④ マイナンバーカードや通知カード等の個人番号がわかる書類を参考に**組合員**の個人番号（マイナンバー）を記入してください。