

変更届（住所変更・氏名変更・諸訂正）

※該当する届出の項目に記入してください。（灰色の部分は記入不要です。）

被保険者記号・番号		変更年月日	令和	年	月	日
※個人番号（マイナンバーのことです。）は、マイナンバーカード・通知カード等を見ながら12ケタの数字を記入してください。	変更後			変更前		
	※ 変更後の住所と、事業所の所在地が同じ場合は√してください。 <input type="checkbox"/> 住所地と事業所所在地が同じ			回収日： 年 月 日		
	郵便番号	都道府県	(変更前住所)			
	-					
	電話(自宅、携帯)			(変更前電話)		
氏名変更	(カナ) 氏名	(姓)	(名)	(変更前氏名)		
	個人番号				回収日： 年 月 日	
	(カナ) 氏名	(姓)	(名)	(変更前氏名)		
	個人番号				回収日： 年 月 日	
	(カナ) 氏名	(姓)	(名)	(変更前氏名)		
	個人番号				回収日： 年 月 日	
	(カナ) 氏名	(姓)	(名)	(変更前氏名)		
	個人番号				回収日： 年 月 日	
	その他					

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日 (〒 -)

住所 _____

組合員 氏名 _____ 印 個人番号(組合員) _____

※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) _____

支部確認欄

被保険者証又は資格確認書を返還できない方がいる場合は、「被保険者証・資格確認書未返還報告書（様式第43号）」の誓約書を記入してください。



事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長



被保険者証・資格確認書未返還報告書

被保険者記号・番号

未返還者の氏名を下記に記入してください。

未返還者氏名

誓約書

紛失した被保険者証又は資格確認書を発見した場合は、速やかに返還いたします。

令和 年 月 日

住所 _____

組合員

氏名 _____ 印

※自署の場合は押印省略可

建設連合国民健康保険組合理事長 殿