

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。

所属番号			組合員番号
支部	分会	群	

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。

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 () 県	自宅電話 () 携帯電話 ()	
⑨旧住所	東京都 市区町村 () 県	[住所変更] 年 月 日	年 月 日

【回収状況】 全員分(回収 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。

- 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欄の記入が必要です。
- 再交付 (紛失または破損、汚損したとき)
⑪再交付する書類を選択してください。
カード (資格確認書/資格情報のお知らせ)
高齢受給者証 A4 (資格情報のお知らせ)
→再交付を行う方の①、②、③、④、⑧、⑪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	マイナ 保険証	回収状況
本人	フリガナ	男・女	年 月 日生 歳				有・無	<input type="checkbox"/> 保険証(確認書) <input type="checkbox"/> お知らせ 済・未 年 /
異動対象者	フリガナ (組合員との続柄:)	男・女	取得 年 月 日 喪失 年 月 日 日本以外の国籍	成小 股幼 高乳 中介			有・無	<input type="checkbox"/> 保険証(確認書) <input type="checkbox"/> お知らせ 済・未 年 /
	フリガナ (組合員との続柄:)	男・女	取得 年 月 日 喪失 年 月 日 日本以外の国籍	成小 股幼 高乳 中介			有・無	<input type="checkbox"/> 保険証(確認書) <input type="checkbox"/> お知らせ 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)	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
1. 紛失		健康保険(または勤め先)の名称 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養
2. 破損		上記の健康保険をやめた日(退職日)または加入した日 年 月 日
3. 汚れ		※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。
4. その他	※申請理由2または3の場合は、お持ちの交付物も添付してください。	世帯分離後の住所

【支部記入欄】

得喪事由	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④(以下のいずれか1つ)	身元確認⑧(④がない場合、以下のいずれか2つ以上)	
1. 社保	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書	
2. 生保	<input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載のもの)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 保険証・資格確認書	
3. 出生・死亡	<input type="checkbox"/> 通知カード (記載事項に変更のないもの)	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 身分・資格証明書 (写真なし)	
4. 他国保	<input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
6. 世帯合併、世帯分離		<input type="checkbox"/> 障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 ()	
7. 内部異動		<input type="checkbox"/> 身分・資格証明書(写真付)	<input type="checkbox"/> 東京土建国保の資格情報のお知らせ(カード)	
9. その他				

【国保組合使用欄】

備考	保険料	確認・決裁	国保受付
	変更年月 年 月 医療 徴収 年 月 から 返金		
	新 種 旧 種 介護 徴収 年 月 から 返金		