



<input type="checkbox"/> 店舗情報変更	<input type="checkbox"/> 記号番号変更	<input type="checkbox"/> 資格変更
<input type="checkbox"/> 取得取消	<input type="checkbox"/> 喪失取消	<input type="checkbox"/> 個人番号変更

変 更 届

旧記号番号 78	新記号番号 78	変更年月日 令和 年 月 日
-------------	-------------	-------------------

変更事由 1.世帯主変更 2.氏名変更 3.住所変更 4.取得日変更 5.喪失日変更 6.その他変更(世帯) 7.その他(個人) 9.生年月日変更

店舗・事務所	旧(変更前)		新(変更後)	
	屋号	法人名	屋号	法人名
	〒 _____ 電話 - - 東京都		〒 _____ 電話 - - 東京都	

世帯事項	〒 _____ 電話 - - 住所	〒 _____ 電話 - - 住所
------	----------------------	----------------------

個人情報	1	被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日			被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日				
			0 1 組合員(本人)	3.昭 4.平 5.令					0 1 組合員(本人)	3.昭 4.平 5.令			
		個人番号						個人番号					
		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	2	被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日			被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日				
				3.昭 4.平 5.令					3.昭 4.平 5.令				
		個人番号					個人番号						
		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	3	被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日			被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日				
				3.昭 4.平 5.令					3.昭 4.平 5.令				
		個人番号					個人番号						
		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

上記のとおり変更しますので届出をいたします。
「個人情報(含、特定個人情報)の取扱について」
を確認し同意いたします。
令和 年 月 日

組合員氏名 印
個人番号

東京食品販売国民健康保険組合 殿

事業主氏名 印

備考

変更前情報	新代表者名
業種コード	地区名
集金体系	担当者コード
納入者コード	管轄年金事務所
郵送先コード	事業所整理記号番号
法人コード	適用除外年月日

保険料最終収納月	月分まで	更正領収書	必要(月分)・不要	領収書番号(手書き)
----------	------	-------	------------	------------

交付: 年 月 日	扱者
1 確認書・通知書	[]
2 確認書・通知書	
3 確認書・通知書	

交付: 年 月 日	扱者
1 確認書・通知書	[]
2 確認書・通知書	
3 確認書・通知書	

決裁欄		処理欄	
所長	課長	入力	確認



決裁欄		処理欄	
所長	課長	入力	確認



*届出の際には、資格要件の確認のため世帯全員・続柄・個人番号記載の住民票(外国人の場合、世帯全員・記載事項に省略のない住民票)が必要となります。
*太線枠内は組合員が記入ください。*組合員及び事業主の印はそれぞれ必要となります。