



<input checked="" 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

*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ご記入ください。*組合員及び事業主の印はそれぞれ必要となります。

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 東食屋	法人名	屋号 東食屋	法人名 有限会社 東食屋
	〒 _____ 東京都 _____ 電話 - - _____		〒 _____ 東京都 _____ 電話 - - _____	

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

個人	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

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

組合員氏名 **東食 太郎**

個人番号 _____

事業主氏名 **東食 太郎**

東京食品販売国民健康保険組合 殿

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	交付 回収	
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

移動元 受付印

移動先 受付印