



<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

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	屋号	レストラン東食
事務所	東京都	事務所	東京都	

世帯事項	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		
	1	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	
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

東京食品販売国民健康保険組合 殿

組合員氏名 **東食 太郎**
個人番号

事業主氏名 **東食 太郎**

備考

変更前情報	新代表者名
業種コード	業態組合名
集金体系	1.業態集金 2.個別集金 3.業態口振 4.個別口振
納入者コード	1.事業主名 2.屋号 3.法人名 5.代表者名
郵送先コード	1.店舗住所 2.事務所住所 3.事業主住所
法人コード	1.個人 2.個人適用除外済 3.法人適用除外済 4.法人適用平9以降

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	

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

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

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)を提出してください。*組合員及び事業主の印はそれぞれ必要となります。