様式 104

○	店舗情報変更		取得取消
	記号番号変更		喪失取消
	資格変更		

変　更　届

捨印　東食印

旧記号番号	新記号番号	変更年月日
78 ○○○○－○○○○	78 －－－－－－－	平成　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. その他変更（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	東食屋
法人名	有限会社　東食屋	
〒－	電話　－　－	電話　－　－
住所	東京都	東京都

世帯事項	旧（変更前）	新（変更後）
〒－	電話　－　－	電話　－　－
住所		

個人情報

旧（変更前） 被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日	新（変更後） 被保険者氏名及び個人番号	続柄	取得日・喪失日・生年月日
	01 組合員（本人）	3. 昭 4. 平		01 組合員（本人）	3. 昭 4. 平
		3. 昭 4. 平			3. 昭 4. 平
		3. 昭 4. 平			3. 昭 4. 平

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。

平成 ○○年 ○○月 ○○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　東食㊞
個人番号　○○○○○○○○○○○○
事業主氏名　東　食　太　郎　東食㊞

備考

変更前情報記入欄		新代表者名		
業種コード	業態組合名		地区名	担当者コード
集金体系	1. 業態集金　2. 個別集金　3. 業態口振　4. 個別口振	管轄年金事務所		
納入者コード	1. 事業主名　2. 屋号　3. 法人名　4. 組合員名　5. 代表者名	事業所番号		
郵送先コード	1. 店舗住所　2. 事務所住所　3. 事業主住所　4. 組合員住所	適用除外年月日		
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　5. 全喪　9.（　　）			

保険料最終収納月　　月分まで

処理欄 入力	確認	証発行：年月日 回収	交付	更正領収書 必要 月分	不要	領収書番号（手書き）	扱者

決済欄 所長	課長

移動元受付印

処理欄 入力	確認	証発行：年月日 回収	交付	更正領収書 必要 月分	不要	領収書番号（手書き）	扱者

決済欄 所長	課長

移動先受付印

＊届出の際には、資格要件確認のため世帯全員・続柄記載の住民票（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。