

事業主	従業員	国民健康保険 被保険者異動申請書									
-----	-----	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記号番号	旧		被保険者数	組合員	事	従	家族			計	
	新				事	従					

異 動 申 請 の 理 由											
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

枝番	被 保 険 者 氏 名	組 合 員 との続柄	生 年 月 日	現在、被保険者証・ 資格確認書を 交付されていますか、 (交付ありは返納)	マイナ保険証 利用登録を していますか
旧	男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新				<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無
旧	男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新				<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無
旧	男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新				<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無
旧	男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新				<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無
旧	男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新				<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無

主に勤務する店舗名 (従業員組合員へ異動時のみ記入)											
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

組合員 住所

氏 名 Ⓜ

電 話

事業主 氏 名 Ⓜ

静岡市食品国民健康保険組合 殿

《事務処理欄》

資格確認書 資格のお知らせ	郵送	書留・普通	自宅・店・他()	証回収日	
	窓口			交付日	

共通システム	台帳記入	情報連携	副本登録	国保総合

理事長	役員	事務局長	担当者	受付



※太枠内を記入してください

※マイナンバーカードは有効期限内かつ、電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りません。