

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、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	組合 愛子	男	昭平令 3 6 1	<input checked="" type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新		女		本人	<input type="checkbox"/> 交付あり
旧		男	昭平令	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新		女			<input type="checkbox"/> 交付あり
旧		男	昭平令	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
新		女			<input type="checkbox"/> 交付あり

※資格確認書が発行されている異動者の場合は資格確認書を必ず添付し、現在のマイナ保険証利用登録の有無を事前にご確認ください。
 ※マイナ保険証の利用登録をしている場合は、資格情報のお知らせ(A4判)を発行します。

主に勤務する店舗名 (従業員組合員へ異動時のみ記入)	〇〇食堂 〇〇店
-------------------------------	----------

上記のとおり届けます。

令和 8 年 1 月 1 日

組合員 住所 静岡市葵区〇〇町〇丁目〇-〇〇

氏名 組合 愛子

電話 054-000-0000

事業主 氏名 食品 太郎

静岡市食品国民健康保険組合 殿

資格確認書 資格のお知らせ 交付方法 郵送希望 自宅へ・店へ・他() / 普通郵便・書留 窓口受取り希望

シヤチハタ不可

組合 印

食品 印

《事務処理欄》

証回収日	交付日	希望の受け取り方法を記入
------	-----	--------------

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

受付日

※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