様式第２号－２

家族の異動届

被保険者証記号番号	

※太線枠内の諸事項について記入してください。

家族が入る場合（家族の増加）	上＝被保険者氏名・下＝個人番号(12桁)	性別	生年月日	組合員との続柄	加入理由（番号）	介護種別	資格取得年月日
(カナ) 氏名	(姓) (名)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日				平成 令和 年 月 日
個人番号							
(カナ) 氏名	(姓) (名)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日				平成 令和 年 月 日
個人番号							
(カナ) 氏名	(姓) (名)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日				平成 令和 年 月 日
個人番号							
加入理由	1.地域国保離脱　2.国保組合離脱　3.社会保険離脱　4.生活保護廃止・停止　5.出生　6.その他（　　）						

家族がやめる場合（家族の減少）	上＝被保険者氏名・下＝個人番号(12桁)	性別	生年月日	喪失理由（番号）	介護種別	資格喪失年月日〔被保険者証回収日〕
氏名	(姓) (名)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日
個人番号						年 月 日
氏名	(姓) (名)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日
個人番号						年 月 日
氏名	(姓) (名)	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日
個人番号						年 月 日
喪失理由	1.地域国保加入　2.国保組合加入　3.社会保険加入　4.生活保護開始　5.死亡　6.その他（　　）					

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

住所（〒　　－　　）

組合員　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

※自署の場合は押印省略可

個人番号（組合員）

建設連合国民健康保険組合殿

電話（日中連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿

支部確認欄

※ 被保険者証を返還できない場合は下記の誓約書を記入してください。

誓約書

1．被保険者証は紛失したために返還できませんが、貴国保組合の資格喪失日以降の診療については、貴国保組合に負担をかけない（被保険者証を発見しても使用しない）ことを誓約いたします。

2．紛失した被保険者証を発見した場合は、速やかにこれを返還いたします。

令和　　年　　月　　日　**組合員氏名** ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

※自署の場合は押印省略可

建設連合国民健康保険組合理事長 殿

本部受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部受付印

本部控

扶養家族が＜**市町村国保へ変わる**＞届出

◆転居等により別世帯になった場合など◆

以下①～③の書類を支部へお送りください

①家族の異動届

②異動した方の新しい住民票（原本）

※続柄に省略の無いもの※世帯全員のもの

※次の③は家族の物ではなく、組合員の物が必要です

③マイナンバーカードのコピー（両面）

マイナンバーカードが無い場合は、代わりに
次の**㋐㋑の両方が必要**です。

㋐マイナンバー通知カードのコピー　または、
　マイナンバー入りの住民票
㋑運転免許証（顔写真面）のコピー

上記全てご提出いただいてから国民健康保険被保険者資格喪失証明書を発行しますので、転居先の役所に持参し、保険証の手続きをして下さい。
その後、必ず、新しく作った保険証のコピーと建設連合国保の保険証原本を支部へご提出下さい。

建設連合国民健康保険組合宮城県支部
☎022-264-4221　FAX022-265-9460