様式第２号－３

変更届（住所変更・氏名変更・諸訂正）

※該当する届出の項目に記入してください。（灰色の部分は記入不要です。）

被保険者証記号番号		変更年月日	平成・令和　　年　　月　　日

	変更後			変更前
住所変更	※ 変更後の住所と、事業所の所在地が同じ場合は✓してください。 ☐ 住所地と事業所所在地が同じ			被保険者証回収日：　　年　　月　　日
	郵便番号	都道府県		(変更前住所)
	－			
	電話(自宅、携帯)			(変更前電話)
氏名変更	(カナ) 氏　名	(姓)	(名)	(変更前氏名)
	個人番号			被保険者証回収日：　　年　　月　　日
	(カナ) 氏　名	(姓)	(名)	(変更前氏名)
	個人番号			被保険者証回収日：　　年　　月　　日
	(カナ) 氏　名	(姓)	(名)	(変更前氏名)
	個人番号			被保険者証回収日：　　年　　月　　日
	(カナ) 氏　名	(姓)	(名)	(変更前氏名)
	個人番号			被保険者証回収日：　　年　　月　　日
その他				

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支部確認欄

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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本　部　受付印

被保険者証を返還できない方がいる場合は、「被保険者証未返還報告書（様式第４３号）」の誓約書を記入してください。

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

住所変更届について

以下①～④の書類を支部へお送りください

① 変更届　※住民票の表記通り記入

② 世帯全員の住民票（原本）
※続柄が省略されていない世帯全員の住民票
（加入しないご家族の分もはずさない）

③ 建設連合国保の保険証（原本）全員分

※次の④は組合員の物のみ。（家族のもの不要）

④ 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

保険証は後日送付いたします（届出後約２週間）
国民健康保険被保険者加入証明書が必要な方は、ご連絡ください。
（新保険証が届きましたら破棄してください）

ご不明な点は支部へご連絡ください
建設連合国民健康保険組合宮城県支部
022-264-4221