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

＜**市町村国保だった方を**＞扶養に入れる届出

◆転居等により同世帯になった場合など◆

以下①～④の書類を支部へお送りください

①家族の異動届

②世帯全員の住民票（原本）

※同じ世帯の方のみ加入できます
※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）
※同じ世帯になった日付が記載されているもの

③扶養になる方の　現在の保険証（コピー）

※次の④は家族の物ではなく、組合員の物が必要です

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（約２週間後）
家族増加後の**保険料**は書類の受取後に通知します。

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