

理事	事務局長	事務局次長	課長	係	支部	整理簿	台帳	コンピューター	被保険者証

家族の異動届

様式第2号-2

被保険者証記号番号	
-----------	--

※太線わく内の諸事項について記入・レ印をしてください。

員番	(フリガナ) 被保険者氏名		性別	生年月日			組合員との続柄	加入理由番号	介護	資格取得年月日				医療			
	(姓)	(名)		年	月	日				年	月	日	日				
増加する家族について			男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>							平成		年		月		日	
			男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>								平成		年		月		日
			男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>								平成		年		月		日
			男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>								平成		年		月		日
			男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>								平成		年		月		日
			男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>								平成		年		月		日
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 5.出生 6.その他()																	

員番	被保険者氏名		性別	生年月日			喪失理由番号	介護	資格喪失年月日							
	(姓)	(名)		年	月	日			年	月	日	日				
減少する家族について	①		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>							平成		年		月		日
	②		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>							平成		年		月		日
	③		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>							平成		年		月		日
	④		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>							平成		年		月		日
	⑤		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>							平成		年		月		日
	⑥		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>							平成		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()																

上の記載事項確認のうえ届け出の日付と氏名を記入し必要書類を添えて届け出てください。

上記のとおり届けます。													
平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				住所									
				組合員									
建設連合国民健康保険組合 殿								氏名				印	



被保険者証回収					
①	年	月	日	④	年 月 日
②	年	月	日	⑤	年 月 日
③	年	月	日	⑥	年 月 日

支部確認欄



本部控 支部控

誓約事項

1. 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納いたします。
2. 被保険者証の紛失のため返納できませんが、資格喪失後の診療については貴組合に負担をかけないことを誓約致します。

上記のとおり誓約致します。

平成 年 月 日

住所
組合員
氏名

印

建設連合国民健康保険組合理事長 殿

【家族増加】 の手続について

【手続に必要なもの】

○ 印のものを揃えて申請してください。

※状況に応じて必要な書類が異なりますので組合窓口もしくはお電話にてご確認ください。

	世帯全員全員・続柄記載の住民票(発行日より3ヶ月以内のもの)
	増加する方の現在有効な保険証
	増加する方の健康保険資格喪失証明書 (※どうしても健康保険の資格喪失証明書をとる事が出来ない場合は雇用保険離職票または退職証明書:その場合は必ず雇用関係のあった前会社の連絡先をメモ書きにてお伝えください。)
	資格取得月からの健康保険料・介護保険料 　　¥
	組合員本人の組合カード保険証(原本)
	医療受給者証(高齢受給者証・老人医療受給者証)
	在学証明書(高校生以上の学生の場合) ※住民票を組合員住所から異動していない場合は学生証の写しでも可
	認印(郵送で手続される方は異動届に捺印)
	家族の異動届
	申請者の身分証明書(組合窓口で手続の場合) ※下記書類(顔写真有)の場合はいずれか一つ 運転免許証・パスポート・その他顔写真が貼付されている身分証明書 ※下記書類(顔写真無)の場合はいずれか二つ 住民票・年金手帳・印鑑証明書・保険証・その他身分証明書
	組合員本人の身分証明書の写し(郵送手続の場合)
	委任状(必ず組合員本人直筆のもの) (組合員本人以外の方【ご家族を含む】が組合窓口で手続の場合) ※委任状については組合に様式がございますので事前にご請求下さい。

- 窓口での手続の場合と郵送での手続の場合で必要書類が異なりますのでお気を付け下さい。
- 申請後、カード保険証は約2週間後に交付されます。カード保険証が交付されるまでの間、保険証と同様に使用することの出来る加入証明書を発行致します。(組合カード保険証は、簡易書留郵便でカード保険証記載住所へ後日送付いたします。)

届出は事由発生から、必ず14日以内にお願ひします。

【家族増加】 ※出産 の手続きについて

【手続きに必要なもの】

○ 印のものを揃えて申請してください。

※状況に応じて必要な書類が異なりますので組合窓口もしくはお電話にてご確認ください。

	世帯全員全員・続柄記載の住民票(発行日より3ヶ月以内のもの) ※お生まれになったお子様が記載されている状態のものが必要
	組合員本人の組合カード保険証(原本)
	認印(郵送で手続きされる方は異動届に捺印)
	家族の異動届
	申請者の身分証明書(組合窓口で手続きの場合) ※下記書類(顔写真有)の場合はいずれか一つ 運転免許証・パスポート・その他顔写真が貼付されている身分証明書 ※下記書類(顔写真無)の場合はいずれか二つ
	組合員本人の身分証明書の写し(郵送手続きの場合)
	委任状(必ず組合員本人直筆のもの) (組合員本人以外の方【ご家族を含む】が組合窓口で手続きの場合) ※委任状については組合に様式がございますので事前にご請求下さい。

- 窓口での手続きの場合と郵送での手続きの場合で必要書類が異なりますのでお気を付け下さい。
- 申請後、カード保険証は約2週間後に交付されます。カード保険証が交付されるまでの間、保険証と同様に使用することの出来る加入証明書を発行致します。(組合カード保険証は、簡易書留郵便でカード保険証記載住所へ後日送付いたします。)
- 出産による増加の場合、出生児の家族保険料は1歳になるまで免除されます。(1歳の誕生日の前日の属する月分より家族保険料が必要になります。)

届出は事由発生から、必ず14日以内にお願ひします。

【 家 族 減 少 】 の 手 続 に つ い て

【 手 続 に 必 要 な も の 】

○印のものを揃えて申請してください。

※状況に応じて必要な書類が異なりますので組合窓口もしくはお電話にてご確認ください。

	転出先の住民票(転入日記載)もしくは住民票除票 ※住民票除票については組合員ご本人の住所を管轄する 役場で取り寄せることができます。
	減少する方の新保険証コピー
	死亡診断書コピー
	組合員本人の組合カード保険証(原本)
	該当者の組合カード保険証(原本)
	高齢受給者証(交付を受けている方がいる場合)
	認印(郵送で手続される方は異動届に捺印)
	家族の異動届

- 万が一、保険証を紛失等のため返却できない場合は再交付の手続が必要となりますのでご注意ください。その場合、組合までご連絡ください。(別途手続が必要)

届出は事由発生から、必ず14日以内にお願ひします。

【記入例】

理事	事務局長	事務局次長	課長	係	支部	整理簿	台帳	コンピューター	被保険者証
----	------	-------	----	---	----	-----	----	---------	-------

家族の異動届

様式第2号— **支部で記入しますのでご記入は不要です。**

被保険者証記号番号

※太線わく内の諸事項について記入・レ印をしてください。

員番	(フリガナ) 被保険者氏名 (姓)	性別	生年月日	組合員との続柄	加入理由 番号	介護	資格取得年月日				医療
							年	月	日	日	
増加する家族について		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日				平成	年	月	日	
		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日				平成	年	月	日	
		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日				平成	年	月	日	
		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日				平成	年	月	日	
		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日				平成	年	月	日	
		男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日				平成	年	月	日	

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 5. 出生 6. その他()

添付書類に基づきコンピュータ入力致しますのでご記入は不要です。

員番	被保険者氏名 (姓)	性別	生年月日	喪失理由 番号	介護	資格喪失年月日			
						年	月	日	日
減少する家族について	①	男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日			平成	年	月	日
	②	男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日			平成	年	月	日
	③	男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日			平成	年	月	日
	④	男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日			平成	年	月	日
	⑤	男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日			平成	年	月	日
	⑥	男 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>	年 月 日			平成	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()

上の記載事項 **手続が完了した日付になりますのでご記入は不要です。** を添えて届け出てください。

平成 年 月 日

建設連合国民健康保険組合 殿

住所 **東京都港区西新橋1-6-11**
 組合員氏名 **建設 令一** (建設)

支部で記入しますのでご記入は必要ありません。

本部
受付印

被保険者証回収					
①	年	月	日	④	年 月 日
②	年	月	日	⑤	年 月 日
③	年	月	日	⑥	年 月 日

支部
受付印

ご住所と組合員の方のお名前をご記入下さい。また、印鑑をお忘れのないように押印下さい。