

| | | | | |
|--------|-----|------|------|-----|
| 決 裁 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 理事長 | 担当理事 | 事務局長 | 担当者 |
| | | | | |

被保険者資格（記号）変更届

| | | | | |
|---|----|---|---|---|
| 変 | 更 | 年 | 月 | 日 |
| ※ | 令和 | 年 | 月 | 日 |

提出日
令和 年 月 日

| | |
|------|----|
| 変更区分 | |
| 全部 | 一部 |

| | | |
|-------|-----|----|
| 現在の資格 | | |
| 事業主 | 従業員 | 家族 |



| | | |
|--------|-----|----|
| 変更後の資格 | | |
| 事業主 | 従業員 | 家族 |

| | | | | | | | |
|------------|-----------|--------------|--|-----------------------|-----|-----------------------------------|--|
| 被保険者証記号番号 | | | | 新被保険者証記号番号 | | | |
| 79 - | | | | ※79 - | | | |
| 資格の変わる本人氏名 | | 個人番号（マイナンバー） | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | |
| () | | | | | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才) | |
| 現住所 | 〒 TEL () | | | | | | |
| 事業所コード | - | | | 事業主氏名 | | | |
| 事業所名称 | () | | | (個人番号及び本人確認済) (自署) | | | |
| 事業所住所 | 〒 TEL () | | | | | | |
| 変更の理由 | | | | | | | |

同時に家族が異動する場合のみ記入

| | 一緒に異動する家族氏名 | 個人番号（マイナンバー） | 続柄 | 性別 | 生年月日 |
|---|-------------|--------------|----|-----|-----------------------------------|
| 2 | () | | | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才) |
| 3 | () | | | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才) |
| 4 | () | | | 男・女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才) |

上記のとおり変更いたしますので被保険者証を添えて届出いたします。

東京美容国民健康保険組合 理事長殿

注
意
事
項

- 被保険者証は必ず返してください。
- 世帯全員の住民票(個人番号付き)を必ず添付してください。(三ヶ月以内に発行のもの)
- ※欄は記入しないでください。