国民健康保険被保険者　　申告事項変更（訂正）届

＊住所変更は住民票（世帯全員分）を添付すること。
＊必ず保険証・資格確認書・資格情報のお知らせのいづれかを添付すること。
＊個人番号は必ず本人確認を行ったうえで記入してください。
＊マイナンバーカードの保険証利用登録状況を必ず記入してください。

○ 住民票
○ 住基ネット
○ その他

被保険者証	記号 － 番号
	食 －

本人氏名 個人番号	変更（訂正）事由	資格確認書等交付
	・住所変更　・氏名変更　・組合員変更　・世帯分離　・世帯合併　・その他（　　）	・　・

被保険者 氏	被保険者 名	枝番	性別	生年月日	変更（訂正）する事項 変更(訂正)前	変更（訂正）する事項 変更(訂正)後	変更(訂正)年月日 ※この欄は記入しないでください	マイナンバーカードの保険証利用登録
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生			令和 ・ ・	□あり □なし
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生			・ ・	□あり □なし
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生			・ ・	□あり □なし
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生			・ ・	□あり □なし

事業主組合員	事業主名	事業所名（屋号）	業種
	継続 フリガナ ㊞	法人 個人 フリガナ	
事業所所在地	〒 －	Tel ( ) Fax ( )	
自宅住所	〒 －	Tel ( ) Fax ( )	

理事長
事務長
交付
入力
受付
給付

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和　　年　　月　　日

京都市食品衛生国民健康保険組合　殿

所属団体

この届出は適正であることを確認します。

名称

代表者　　㊞