

支部変更届

●太枠内に正確に記入ください。※印は記入しないでください。

被保険者証の記号番号		1234 - 012340		決	理事長	常務理事	事務長	担当者	決	裁	年	月	日	処	入	力	照	合			
				裁					平成	年	月	日		理							
被保険者の氏名			組合員との続柄	性別	生年月日			備 考													
1	(氏)	国保	(名)	一郎	本人	男	大昭平	45	9	28											
2	(氏)	国保	(名)	花子	妻	男	大昭平	46	2	5											
3	(氏)	国保	(名)	健一	子	男	大昭平	2	7	21											
4	(氏)		(名)			男	大昭平	.	.												
5	(氏)		(名)			男	大昭平	.	.												
6	(氏)		(名)			男	大昭平	.	.												
7	(氏)		(名)			男	大昭平	.	.												
支 部 名		変 更 前		豊橋 支 部				※支部確認者		㊟											
		変 更 後		知多 支 部				※保険料集計区分													
支部変更年月		平成 22 年 5 月より		保険料 納入月	平成 年 月まで																
上記のとおり変更を届けます。											本部受付欄		支部受付欄								
住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号											本部受付印		支部受付印								
平成 22 年 4 月 20 日 組合員氏名 国保一郎 ㊟																					
愛知建連国民健康保険組合理事長 殿 電話番号 (052) 982 - 5736																					

記入にあたっては裏面をよく読んで記入してください。