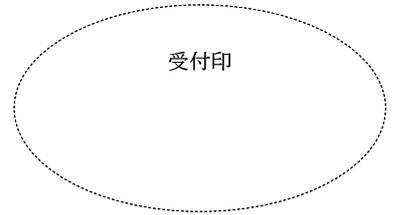


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	次長	副課長	担当



国民健康保険被保険者 住所氏名 変更届

提出 代行者 の氏名	
------------------	--

【必須】住所・氏名を変更した組合員(第1種組合員又は75歳以上組合員又は第2種組合員)

記 番 号	フリガナ 組合員 の氏名	生 年 月 日	1. 昭和	年	月	日	性 別	1. 男
			2. 平成					2. 女
個 番 号							備 考	

以下の変更となる箇所を記載して下さい。

住 所 変 更	変 更 前 の 住 所	〒				住所変更(転入日) の年 月 日
	変 更 後 の 住 所	〒				平成 年 月 日
氏 名 変 更	組 合 員	フリガナ 変 更 前 の 氏 名				氏 名 変 更 日 の 年 月 日
		フリガナ 変 更 後 の 氏 名				平成 年 月 日
	組 合 員 の 家 族	フリガナ 変 更 前 の 氏 名	フリガナ 変 更 前 の 氏 名	組合員 との続柄		(例)長男、長女 等
		個 番 号	氏 名 変 更 日 の 年 月 日		平成 年 月 日	
	組 合 員 の 家 族	フリガナ 変 更 前 の 氏 名	フリガナ 変 更 前 の 氏 名	組合員 との続柄		(例)長男、長女 等
		個 番 号	氏 名 変 更 日 の 年 月 日		平成 年 月 日	

事務局記入欄			
医 師 国 保 台 帳 登 録 年 月 日	平成 年 月 日	Ⓢ	
変 更 前 被 保 険 者 証 回 収 年 月 日	平成 年 月 日	Ⓢ	
変 更 後 被 保 険 者 証 発 行 年 月 日	平成 年 月 日	Ⓢ	

上記の通り申請致します		提出年月日	平成 年 月 日
〒			
自宅住所			
第1種組合員 (医師組合員)	連絡先 TEL		
氏 名			
岩手県医師国民健康保険組合理事長 様			

【添付書類等】

- ・被保険者証(変更される方全員分)
- ・世帯全員が記載となっている個人番号の記載のない住民票
- ・第1種(医師)組合員が変更対象者の場合、第1種(医師)組合員の身元確認書類(個人番号カードの写し、もしくは運転免許証の写し、パスポートの写し 等 いずれか一つ)

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は当組合の個人情報保護方針に沿って扱うものとします。また、この申請によって取得した個人番号(マイナンバー)は医療保険に関する個人番号関係事務において利用いたします。