

常務理事	事務長	係

国民健康保険被保険者変更届
(住所・氏名・種別・所属郡市医師会)

太枠内のみ記入してください

組合員の 記号・番号	組合員氏名	
	被保険者氏名	
	マイナンバー(12桁)	
変更前	住所	〒 -
	被保険者氏名	
	種別	1. 従業員 2. 准高看学生 (学校名)
	所属郡市医師会	
変更後	住所	〒 - 電話番号 - -
	フリガナ 被保険者氏名	
	種別	1. 従業員 2. 准高看学生 (学校名)
	所属郡市医師会	
変更年月日		年 月 日
上記のとおりお届けします。		
令和 年 月 日		
医師組合員氏名 (事業主名) _____		
従業員組合員氏名 _____		
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿		

- 被保険者証を必ず添付してください。
- 変更のある項目のみ記入してください。
- 住所・氏名変更の際は3ヶ月以内に発行された住民票を添付してください。

組合使用欄		
電算	被保険者証	異動整理簿