

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)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
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)				①												
従業員組合員氏名				①												
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿																

1. 被保険者証を必ず添付してください。
1. 変更のある項目のみ記入してください。
1. 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	被保険者証