

常務理事	事務次長	課長	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	
変更前	住所	〒 -	
	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 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	平成 年 月 日		
上記のとおりお届けします。 平成 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			

1. 組合員及びその家族全員の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	異動整理簿