

|     |      |     |     |     |    |       |
|-----|------|-----|-----|-----|----|-------|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 被保証 | 台帳 | D I R |
|     |      |     |     | 回   |    |       |
|     |      |     |     | 発   |    |       |

国民健康保険被保険者住所・氏名変更届

|                     |      |                     |    |
|---------------------|------|---------------------|----|
| 被保険者証の記号・番号         |      | 記号                  | 番号 |
|                     |      | 千医国                 | —  |
| 被保険者証に記載されている被保険者氏名 |      | ふりがな                |    |
| 自宅住所                | 変更前  | 〒 — Tel ( ) ( ) ( ) |    |
|                     | 変更後  | 〒 — Tel ( ) ( ) ( ) |    |
| 氏名                  | 変更前  | ふりがな                |    |
|                     | 変更後  | ふりがな                |    |
|                     | 個人番号 |                     |    |
| 変更年月日               |      | 平成 年 月 日            |    |

上記のとおり、被保険者証及び世帯全部の住民票を添えてお届けいたします。

平成 年 月 日

|                     |         |     |     |     |     |     |     |
|---------------------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 第1種（特別）組合員<br>（事業主） | 医療機関所在地 |     |     |     |     |     |     |
|                     | 医療機関名称  |     |     |     |     |     |     |
|                     | 氏名      |     |     |     |     |     | 印   |
|                     | 個人番号    |     |     |     |     |     |     |
| 第2種組合員<br>（従業員）     | 住所      |     |     |     |     |     |     |
|                     | 氏名      |     |     |     |     |     | 印   |
|                     | 連絡先電話番号 | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

千葉県医師国民健康保険組合 様

【個人番号の利用目的について】

- 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。
- 各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

## 健康保険加入状況確認書

住民票に記載されている方の現在加入している健康保険名をご記入の上、医師国保組合までご提出下さい。（ご家族様の健康保険証のコピーを添付いただける場合は、この用紙と併せてご提出下さい。）

医療機関名： \_\_\_\_\_ 組合員氏名： \_\_\_\_\_

|   | 氏 名                                       | 加入健康保険記入欄                              |
|---|---|--|
| 例 | フリガナ      チバ      ケンボ<br>-----<br>千葉   健保 | 〇〇〇〇健康保険組合<br><br>(健康保険名は正しい名称をご記入下さい) |
| 1 | フリガナ<br>-----                             |  |
| 2 | フリガナ<br>-----                             |  |
| 3 | フリガナ<br>-----                             |  |
| 4 | フリガナ<br>-----                             |  |
| 5 | フリガナ<br>-----                             |  |

住民票上、同じ世帯の中に市町村国保にご加入されている方がいる場合、法律により市町村国保を離脱し、包括して医師国保組合にご加入いただくこととなります。  
 ※単身世帯や住民票に記載されている全員が医師国保組合に加入される場合は、この書類の添付は不要です。