

# 記入見本

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 24	—
被保険者証に記載されている被保険者氏名		ふりがな      ちば      はなこ ----- 千葉   花子	
自宅住所	変更前	〒260-0000  TEL (    ) (    ) (    ) 千葉市中央区〇〇町1-〇	
	変更後	〒260-0000 千葉市花見川区△△町3	
氏名	変更前	ふりがな      ちば      はなこ ----- 千葉   花子	
	変更後	ふりがな      こくほ      はなこ ----- 国保   花子	
	個人番号		
変更年月日		平成・令和	

<自宅住所・氏名>  
変更がある事項のみ変更前と変更後についてご記入ください。

<第1種（特別）組合員（事業主）>  
ご記入ご捺印をお願いします。  
第1種組合員（勤務医）、第2種組合員（従業員）が住所・氏名を変更する場合もご記入ご捺印が必要です。

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  
年    月    日

第1種（特別）組合員 （事業主）	医療機関所在地	千葉市中央区千葉港4番1号		
	医療機関名称	保険クリニック		
	氏名	保険 太郎		
	個人番号			
第1種組合員 （勤務医）	住所	千葉市花見川区△△町3-2-1		
第2種組合員 （従業員）	氏名	国保 花子		
	連絡先電話番号	( 0    ) ( 0000 ) ( 0000 )		



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「保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及  
 ○各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法とはありません。

<第1種組合員（勤務医）・第2種組合員（従業員）>  
第1種組合員（勤務医）、第2種組合員（従業員）が住所・氏名を変更する場合にご記入をお願いします。  
※変更後の住所・氏名・電話番号をご記入ください。

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	〒 — 区 ( ) ( ) ( )	
	変更後	〒 — 区 ( ) ( ) ( )	
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・令和 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。

年 月 日

第1種（特別）組合員 （事業主）	医療機関所在地	
	医療機関名称	
	氏名	印
	個人番号	
第1種組合員 （勤務医）	住所	
第2種組合員 （従業員）	氏名	
	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

世帯全部の住民票に記載されているすべての方が現在加入している健康保険について、下記の欄に「氏名」及び「加入中の健康保険」を正しくご記入いただきご提出下さい。

(記入方法が分からない場合には、健康保険証のコピーを添付して下さい。)

なお、住民票上、同一世帯内の方は法律により市町村国保に加入する事はできません。市町村国保を離脱し包括して医師国保組合へご加入いただくこととなりますので、その場合は資格取得届に必要な事項をご記入いただき、ご捺印の上併せてご提出下さい。

医療機関名： \_\_\_\_\_ 組合員氏名： \_\_\_\_\_

氏 名		加入中の健康保険 (保険者名は正しい名称をご記入下さい)	
例	フリガナ <small>チバ ケンボ</small> ----- <b>千葉 健保</b>	保険者名	全国健康保険協会
		支 部 名	千葉支部
1	フリガナ -----	保険者名	
		支 部 名	
2	フリガナ -----	保険者名	
		支 部 名	
3	フリガナ -----	保険者名	
		支 部 名	
4	フリガナ -----	保険者名	
		支 部 名	
5	フリガナ -----	保険者名	
		支 部 名	

支部がある場合には  
支部名もご記入下さい。

※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。