

理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当 者	資格書類	D I R	台 帳
				回		
				発		

国民健康保険被保険者住所・氏名変更届

被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号		記 号	番 号
		千医国	—
住 所 ・ 氏 名 を 変 更 す 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 (マイ ナ ン バ ー)			
変 更 年 月 日		令和 年 月 日	

上記のとおり、資格確認書（交付されている方）及び世帯全部の住民票を添えてお届けいたします。

令和 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	⑩		
	個 人 番 号 (マイナンバー)			
第 1 種組合員（勤務医） 第 2 種組合員（従業員） ※勤務医および従業員の方は こちらにもご記入下さい。	住 所			
	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とは、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。

記入見本

理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当 者	資格書類	D I R	台 帳
				回		
				発		

国民健康保険被保険者住所・氏名変更届

被保険者の記号・番号		記 号	番 号
		千医国 2 4	—
住所・氏名を変更する 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3-〇	
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 (マ イ ナ ン バ ー)			
変 更 年 月 日		令和	

上記のとおり、資格確認書（交付されている方）及び世帯

令和 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 (マイナンバー)			
第1種組合員（勤務医） 第2種組合員（従業員） ※勤務医および従業員の方は こちらもご記入下さい	住 所	千葉市花見川区△△町3-2-1		
	氏 名	国保 花子		
	連絡先電話番号	(0 9 〇 〇 〇 〇) (〇 〇 〇 〇)		

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「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。

<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。

<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。

健康保険加入状況確認書

- この書類は、『世帯全員の住民票』に記載されている方のうち、医師国保組合に加入されない方、していない方の健康保険組合について確認するための書類です。
- 新たに医師国保組合にご加入される方（家族も含む）や、氏名や住所の変更をされる場合、提出が必要です。ただし、単身世帯（『世帯全員』の住民票に1名だけ記載されている場合）や、住民票に記載されている全員の方が医師国保組合に加入する（している）場合は、この書類の添付は不要です。

【記入について】

- 『世帯全員の住民票』に記載されている方の中で、「医師国保組合に加入されない方」「していない方」が加入している健康保険組合について、下記の欄に正しくご記入下さい。
なお、記入方法が分からない場合には、その方の健康保険証のコピーを添付して下さい。
- 組合員様と同一世帯の方の中で、市町村国保に加入されている方につきましては、各法に基づき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、資格取得届に必要な事項をご記入下さい。

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 <u>チ バ ケンボ</u> 千葉 健保	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。