

理事長	常務理事	事務長	担当者	交付	DIR	台帳

医療機関所在地・名称変更届

被保険者の記号・番号		記号	番号
		千医国	
医療機関所在地	変更前	〒 ー TEL ( ) ( ) ( )	
	変更後	〒 ー TEL ( ) ( ) ( )	
医療機関名	変更前	ふりがな -----	
	変更後	ふりがな -----	
変更年月日		令和	年 月 日

上記のとおり、必要書類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							印
	個人番号 （マイナンバー）							

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。