

記入例

| | | | |
|----------|------|-----|---|
| 理事受理日：令和 | 年 | 月 | 日 |
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |

石川県医師国民健康保険組合住所・氏名変更届

※届出は14日間以内をお願いします。

変更される被保険者のマイナンバー

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------|------|----|------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|---|
| 内容記入欄 | 被保険者証 記号番号 | 石医 | - | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変更前 | 旧氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 旧住所 | 〒 | - | 氏名変更・住所変更を希望される被保険者の旧氏名・新氏名、旧住所・新住所を記入いただきますようお願い申し上げます。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変更後 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 新氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 新住所 | 〒 | - | | | | | | | | | | | | | | | TEL | - |
| | 変更の年月日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおりに必要な書類、保険証を添付し届け出ます。

組合員のマイナンバー記入ください

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 令和 | 年 | 月 | 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 住所 | 〒 | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員 | | | | 変更を希望される組合員（医師又は従業員）が変更後の氏名で署名、捺印ください | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医師の署名欄 2種組合員（従業員）の変更には、事業主である1種・3種組合員（医師）の署名が必要です。
1種・3種組合員（医師）氏名

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

■組合記入欄

| 保険証返還 | 保険証交付 | 番号確認 | 本人確認 | 備考 |
|--------------|--------------|--------------------------|------------------------------|-------|
| 月 日 対面・郵送 | 月 日 対面・郵送 | 月 日 提出 組合員 被保険者 | 月 日 提出書類 免許証・パスポート・その他 | 対面・郵送 |