

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日間以内でお願いします。

内容記入欄	被保険者証 記号番号	石医 記入ください —	個人番号									
	旧氏名	〒 —										
	旧住所	変更前の住所を記入ください										
	フリガナ											
	新氏名											
	フリガナ											
変更後	新住所	変更後の住所等を記入ください										
	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。

令和	年	月	日	個人番号								
住所 〒 —												
変更を希望される組合員（医師又は従業員）が変更後の住所で署名、捺印ください												
組合員												
氏名 ⑩												

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 ⑩	

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