

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。

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																						
変更後 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	月 日	月 日	月 日	対面・郵送
対面・郵送	対面・郵送	提出 組合員 被保険者	提出書類 免許証・パスポート・その他	