様式８

記入例

受付印

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	〒　　－		
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		

氏名変更を希望される
被保険者の旧氏名・新氏名を記入ください

住民票の変更日を記入ください

上記のとおりに必要書類、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