

|       |
|-------|
| 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。

|           |                      |       |         |         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|----------------------|-------|---------|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 内 容 記 入 欄 | 被 保 険 者 証<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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     | 〒 | — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |   |   |   | 組 合 員   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |   |   |   | 氏 名     | Ⓜ |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |              |     |   |
|--------|--------------|-----|---|
| 医師の署名欄 | 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<br>組合員<br>被保険者 | 提出書類<br>免許証・パスポート・その他 |       |