様式８

受　付　印

理事受理日：令和　　年　　月　　日			
理 事 長	常務理事	事 務 長	係

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　　－	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

（あて先）
石川県医師国民健康保険組合理事長

■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