

常務理事	事務長	主事	係

証交付年月日

受 付

様式第5号

国民健康保険 組合員・被保険者 住所氏名変更届

被 保 険 者 証 記 号 番 号	9				組合員氏名
	個人番号				
	変更年月日	平成 令和	年	月	日
1	変 更 前				変 更 後
	該当者氏名	(フリガナ)			
	住所	〒			

※ 変更する家族がいる場合ご記入ください。

2	個人番号		被保険者氏名	
3	個人番号		被保険者氏名	
4	個人番号		被保険者氏名	
5	個人番号		被保険者氏名	

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日 日 一

正組合員 住 所

氏 名

㊞

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

静岡県医師国民健康保険組合理事長 様

提出代行者記入欄 (社会保険労務士)		㊞
--------------------	--	---

◎ 届出は正組合員が行ってください。

※ 個人番号の利用目的について

当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法第9条別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※組合記入欄	証送付先	医院 ・ 自宅 ・ その他	備考
--------	------	---------------	----