

被保険者 住所・氏名 変更届

決 裁	理 事 長	副理事長	常務理事	事務長	係

被保険者 記号・番号	和302					
変 更 前	住 所					
	氏 名					
住民票記載のとおりに楷書で記入してください。						
変 更 後	住 所	〒	□□□	□□□□□		
	ふりがな					
	氏 名					
資格確認	組合員と住民票上の同一世帯内に市町村国保加入者がいますか。 該当する方に○をして下さい。 「います」の場合は資格を継続できません。					
変更年月日	令和 年 月 日					
※乙種組合員(従業員)世帯での変更の場合は、乙種組合員が記入して下さい。						
上記のとおり届けます。						
記入年月日 令和 年 月 日 組合員住所						
組合員氏名 (署名)						
マイナンバー □□□□□□□□□□□□□□						
和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿						

※ 添付するもの

- お手元の被保険者証(プラスティックカード)または「資格確認書」(はがき型)
- 組合員の顔写真のついた公的機関発行の身分証明(運転免許証等)のコピー
甲種組合員世帯での変更の場合は、身分証明は不要です。

※ マイナンバー制度における情報連携により、新しい氏名、住所の確認をしますので、
住民票の添付は省略できます。 (当組合は、番号法により、資格関係にマイナンバーを利用します。)

※ マイナ保険証をお持ちの方には変更後の「資格情報のお知らせ」を
お持ちでない方には、「資格確認書」を甲種組合員宛に郵送します。

処理欄	回収	添付	登録1	確認書	お知らせ	Cリスト	紙台帳

