

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 3 0 2											
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	〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	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。 <input type="radio"/> います <input type="radio"/> いません											
変更年月日		令和 年 月 日											
<p>※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。</p> <p>上記のとおり届けます。</p> <p>記入年月日 令和 年 月 日</p> <p>組合員住所</p> <p>組合員氏名（署名）</p> <p>マイナンバー <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>													

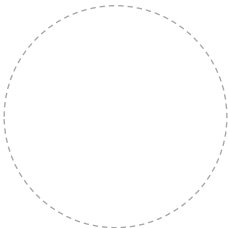
※ 添付するもの

1) お手元の被保険者証(プラスチックカード)または「資格確認書」(はがき型)

2) 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