

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	〒 <input type="text"/>
	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
-------	----------

※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

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

- 被保険者証
- 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。

※ 変更後の被保険者証は甲種組合員宛に郵送します。

処 理 欄	証回収	添付	登録1	証発行	Cリスト	紙台帳

