

常務理事	事務長	次長	係	登録日

マイナンバー（個人番号）変更届

静岡県医師国民健康保険組合 御中

該 当 者	記号番号	9	申請日	令和 年 月 日		
	フリガナ		区 分	1. 正組合員 2. 正組合員家族 3. 准組合員 4. 准組合員家族		
	氏 名					
	生年月日	昭 平 令	年 月 日	年 齢	性 別	男 ・ 女
	変更前の マイナンバー					
	変更後の マイナンバー					
	変更年月日	令和 年 月 日				

（正 組 合 員） 申 請 者	氏 名		マイナンバー （個人番号）				
	住 所	〒 -					
	連絡先 電話番号	- -					

提出代行者記入欄 （社会保険労務士）	氏 名 （事務所名）		担当者	
-----------------------	---------------	--	-----	--

【添付書類】

変更後の個人番号が確認できる下記いずれかの書類

- マイナンバーカード（表面・裏面）の写し
- マイナンバーが記載された住民票の写し

この届書はマイナンバー（個人番号）に変更があったとき、変更後のマイナンバーを届け出てください。

※届け出いただいたマイナンバーは、番号利用法（マイナンバー法）に定める事務のみに利用し、適正に保管・管理いたします。