

常務理事	事務長	次長	係	交付日

## 国民健康保険 組合員・被保険者 住所氏名変更届

1	記号番号	9	組合員氏名	年齢
	マイナンバー (個人番号)			
	変更年月日	令和 年 月 日	変更理由	
	マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)		
		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	マイナンバー (個人番号)		被保険者 氏 名	年齢
	マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)		
3	マイナンバー (個人番号)		被保険者 氏 名	年齢
	マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)		
4	マイナンバー (個人番号)		被保険者 氏 名	年齢
	マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 (資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)		

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

住所  
正組合員 氏名 \_\_\_\_\_

マイナンバー  
(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)	氏 名 (事務所名)	担当者
-----------------------	---------------	-----

- ※届出は正組合員が行ってください。
- ※マイナンバーを必ずご記入ください。
- ※「マイナンバーカードの保険証利用登録の有無」欄に、有の場合「資格情報のお知らせ」、無の場合「資格確認書」を交付します。

※ マイナンバーの利用目的について

当組合は、被保険者のマイナンバーを番号利用法第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	確認書等 送付日	備考
--------	-------------	----