

事務局使用欄

決裁	理事長	事務長	課長(補)	係

被保険者証等回収日	受付日

国民健康保険被保険者変更届

変更する 組合員	氏名	被保険者の記号・番号	・
		個人番号(マイナンバー)	記入不要

 氏名変更

フリガナ		フリガナ	
旧		新	

● 添付書類

- ① 世帯全員の住民票 ② (お持ちの場合) 変更する被保険者の被保険者証または資格確認書 ③ 保険加入状況調書

 住所変更

旧住所	〒	—	
新住所	〒	—	
連絡先	TEL:	—	—

● 添付書類

- ① 世帯全員の住民票 ② (お持ちの場合) 変更する被保険者の被保険者証または資格確認書 ③ 保険加入状況調書

 医療機関情報・勤務先等変更

新所在地・名称	〒	—	
就業形態	管理者・勤務医(常勤・非常勤)	事業所形態	個人事業所・法人事業所
連絡先	TEL:	—	—

● 添付書類

- ① 勤務先が変更となる場合、在職証明書等、医業に従事していることが確認できる書類の写し

 保険料振替口座変更

● 添付書類

- ① 預金口座振替特約書

 個人番号(マイナンバー)変更

● 添付書類

- ① マイナンバーが確認できる「通知カード(通知書)」または「個人番号カード」の写し

上記のとおり、必要書類を添えて届出いたします。

長野県医師国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

第一種組合員または特別組合員(医師)

記号番号：【 — 】

組合員氏名：

当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。
また、取得した個人番号は医療保険に関する個人番号関係事務において利用いたします。

(R6.12)