

常務理事			事務長	係			
庶務	会計	業務		被保険者台帳	適除発行簿	被保険者証	収入原簿

国民健康保険被保険者証記載事項変更届（医師組合員用）

変更年月日	年 月 日
-------	-------

\*変更する項目の番号に○をつけ、変更のある項目のみご記入ください。

番号	変更事項	変更前	変更後
1	被保険者証 記号・番号	記号 _____ 番号 _____	記号 _____ 番号 _____
2	自宅住所	〒 _____ 電話 ( ) _____	〒 _____ 電話 ( ) _____
3	ふりがな 氏名	-----	-----
4	医療機関住所	〒 _____ 電話 ( ) _____	〒 _____ 電話 ( ) _____
5	医療機関名称 および種別	医療機関コード _____ . _____ ----- 1. 開業 2. 勤務 3. 勤務なし	医療機関コード _____ . _____ ----- 1. 開業 2. 勤務 3. 勤務なし
6	所属医師会	医師会	医師会
7	文書送付先	1. 自宅住所 2. 医療機関住所	
変更理由			

様式第七号

8	健康保険適用 除外承認変更	<p>*裏面を参照のうえ、該当する記号に○をつけてください。 E. またはI. の場合は( )に理由をご記入ください。 A. B. C. D. E. F. G. H. I.</p> <p>( )</p>	<p>*変更される方の氏名を ご記入ください。</p> <p>( )</p>
---	------------------	---	--

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_  
住 所

医師組合員 氏 名 (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 必要添付書類については、裏面をご参照ください。

## ※ 必要添付書類

① 本届書は、被保険者証を添えて届け出てください。ただし、変更事項が4・5・6の場合は添付不要です。なお、変更事項が2・3の場合は世帯全員分の住民票原本（3ヶ月以内のもの）を添付してください。

② 医師組合員の番号確認と身元確認ができる書類を添付してください。

・ 個人番号カードをお持ちの方  
個人番号カードの両面の写し

・ 個人番号カードをお持ちでない方  
下記記載の、番号確認書類と身元確認書類よりそれぞれ1枚ずつ選択のうえ添付してください。

### 《番号確認書類》

- 通知カードの写し
- 個人番号が記載されている住民票（3ヶ月以内のもの）

### 《身元確認書類》

- 運転免許証の写し（裏書がある場合は両面の写しが必要）
- パスポートの写し
- 官公署から発行された写真付の資格証明書の写し

※上記の身元確認書類の提出が困難な場合、次に掲げる書類一覧より、2枚を選択のうえ添付してください。

- 個人番号が記載されている住民票の写し（3ヶ月以内のもの）  
注意：ただし、番号確認書類で住民票を提出する場合は、他の書類を提出すること。
- 戸籍謄本または戸籍抄本の写し（3ヶ月以内のもの）
- 年金手帳の写し
- 源泉徴収票の写し（1年以内で直近のもの）

## 健康保険適用除外承認変更理由

承認： 不要 → 必要

- A. 医師組合員または、従業員組合員が、事業所の組織変更（個人事業所から法人事業所に変更）もしくは、事業所の廃止等のため所属する事業所を変更することにより、健康保険の適用事業所の従業員となったため。
- B. 健康保険の適用事業所の従業員が、勤務形態の変更（非常勤→常勤）や一定の給与が発生することにより、健康保険の適用除外申請が必要となったため。
- C. 個人事業所（健康保険の適用事業所以外）の従業員が、5人未満から常時5人以上となったため。
- D. 従業員数が5人未満の個人事業所（健康保険の適用事業所以外）が、従業員の2分の1以上の同意を得て任意包括の事業所となったため。
- E. その他。

承認： 必要 → 不要

- F. 健康保険の適用除外承認を受けた従業員が、勤務する事業所を変更することにより、個人事業所（健康保険の適用事業所以外）の事業主もしくは従業員となったため。
- G. 健康保険の適用除外承認を受けた従業員が、勤務形態の変更（常勤→非常勤）や事業所の廃止もしくは、勤務先を退職することにより健康保険の適用除外承認が不要となったため。
- H. 任意包括事業所の従業員が、任意包括脱退により健康保険の適用事業所以外の事業所の従業員となったため。
- I. その他。