

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）

※変更した事実発生日をご記入ください。⇒

変更年月日	平成 28年 10月 10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 <b>長崎</b> 番号 <b>01000000</b>	記号 番号
②	自宅住所	〒○○○-○○○ 電話 ○○○(○○)○○○ <b>変更前の住所</b>	〒○○○-○○○ 電話 ○○○(○○)○○○ <b>変更後の住所</b>
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	<b>転居のため、自宅住所変更</b>	

様式第七号

8	健康保険適用 除外承認変更	*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.	*変更される方の氏名を ご記入ください。
---	------------------	---	-------------------------

上記のとおり届けます。

平成 28年 10月 15日

〒 ○○○-○○○

住所 **変更後の住所**

医師組合員 氏名 **国保 太郎**

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。