

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（従業員組合員用）

※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、変更のある項目だけ記入ください。

番号	変更事項	変更前		変更後	
1	被保険者証 記号・番号	記号 長崎	番号 01000012	記号	番号
②	自宅住所	〒○○○-○○○ 電話 ○○○ (○○○) ○○○○ 変更前の住所		〒○○○-○○○ 電話 ○○○ (○○○) ○○○○ 変更後の住所	
③	ふりがな 氏名	変更前のふりがな 変更前の氏名		変更後のふりがな 変更後の氏名	
4	医療機関住所	〒	電話 ()	〒	電話 ()
5	医療機関名称	医療機関コード		医療機関コード	
変更理由		婚姻のため、住所・氏名の変更			

様式第七号

6	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。

平成 28年 10月 15日

医師組合員

住 所
氏 名

〒 ○○○-○○○
長崎市○○町○○番○○号
国保 太郎



本届出を上記医師組合員に委任します。

平成 28年 10月 15日

従業員組合員

住 所
氏 名

〒 ○○○-○○○
変更後の住所
変更後の氏名



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。