

国民健康保険被保険者住所・氏名変更届

被保険者 台帳	被保険者 証整理	被保 マスタ	総合 システム

① 被保険者証の 記号番号		60 - 1 2 3 4 5 - 0 0 0
② 個人番号		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
変更前 (医療 機関)	③ 所在地	松江市袖師町1番23号
	④ 名称	島根医院
	⑤ 氏名	(記入不要)
変更後 (医療 機関)	⑥ 所在地	松江市袖師町1番31号
	⑦ 名称	医療法人 島根医院
	フリガナ	(記入不要)
	⑧ 氏名	(記入不要)
⑨ 変更の年月日		令和 2 年 4 月 1 日

上記のとおり、お届けいたします。

⑩ 令和 2 年 4 月 5 日

⑪ 准 組 合 員	氏名	
	個人番号	
私は、この届出の提出を下記の者に委任します。		
⑫ 組 合 員	※准組合員世帯について取得の場合は代理者	
	(医療 機関) 所在地 (〒690-0049)	松江市袖師町1番31号
	名称	医療法人 島根医院
	氏名	島 根 一 郎
	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	電話	0 8 5 2 - 1 2 - 3 4 5 6

変更後の医療機関住
所・名称を記入して下
さい。

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

【記入例】

医療機関住所・名称を変更される場合

【記入要領】

- 被保険者証の記号番号を記入
- 個人番号(マイナンバー)を記入
- 変更前の医療機関所在地を記入
- 変更前の医療機関名称を記入
- 変更前の氏名を記入(記入不要)
- 変更後の医療機関所在地を記入
- 変更後の医療機関名称を記入
- 変更後の氏名・フリガナを記入(記入不要)
- 変更する年月日を記入
- 提出日を記入
- 准組合員(従業員)が資格取得を行う場合は氏名・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印のこと(記入不要)
- 組合員(事業主)の医療機関情報(郵便番号・住所・医療機関名称・電話番号)、氏名を記入のうえ押印のこと

【添付書類】

- 被保険者証〔組合員・家族・准組合員(従業員)全員分〕

【概要】

1.医療機関の住所又は名称(法人化など)の変更を申請される場合に提出して下さい。

島根県医師国保組約〔抜粋〕

第2章 組合員(加入の申込み) 第9条 組合に加入しようとする者は、氏名、住所、性別、生年月日、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成二十五年法律第二十七号)第二条第五項に規定する個人番号(以下「個人番号」という。)、職業、使用する事業所名及び法第6条各号に関する事項(健康保険法(大正11年法律70号)第3条第1項第7号又は同条第2項ただし書の規定による承認に関する事項を含む。以下同じ。)並びにその世帯に属する家族及び雇用する従業員の氏名、性別、生年月日、個人番号、職業及び法第6条各号に関する事項を記載した書面をもって、その旨を組合に申し込まなければならない。

(変更の届出) 第9条の2 第9条第1項に掲げる事項に変更があったときは、組合員は、変更後の事項を記載した書面をもって、その旨を組合に届け出なければならない。

島根県医師国保組合運営規程〔抜粋〕

(変更の届出) 第8条 組合員は、住所若しくは氏名に変更があるとき又は准組合員の氏名に変更があるときは、国民健康保険被保険者住所氏名変更届(様式第1号-2)に被保険者証を添えて、理事長に届け出なければならない。

【注意事項】

- ②⑩⑫「個人番号」の枠に記入がある場合は、必ず「個人情報保護シール」を貼り付けて下さい。
- 届出の事由発生後、14日以内に提出して下さい。

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合

〒690-8535

松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内

TEL: 0852-26-3100

FAX: 0852-26-3104