

国民健康保険被保険者変更届

変更する 組合員	氏名		被保険者証の 記号番号	-	-
	個人番号(マイナンバー) ※「通知カード」又は「個人番号カード」から転記				

◎ **氏名変更** ※住民票・被保険者証を添付

フリガナ	
旧	
フリガナ	
新	

◎ **住所変更(自宅)** ※住民票・被保険者証を添付

旧 住所	〒
新 住所	〒
【必須】 電話番号 (携帯 可)	

◎ **医療機関所在地・名称変更**

新 住所・名称	〒
電 話 番 号	

◎ **医師会支部変更** ※被保険者証を添付

変更支部名	
変更年月日	平成 年 月 日

上記のとおり**必要書類(裏面参照)**を添えて届けます。

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

【必須】 正組合員
(医師)

個人番号
(マイナンバー)

自宅住所

氏 名 ㊞

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用する。

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

《 記入について 》

- ◇ 申請書は1世帯につき1枚ご提出ください。
- ◇ **【住所変更(自宅)】**電話番号は変更がない場合も必ずご記入ください。
- ◇ 准組合員の変更の場合も、正組合員の署名・捺印が必要です。(准組合員の署名・捺印は不要)

《 必要書類 》

- 世帯全員の住民票** (3か月以内に発行されたもの)

※氏名・住所を変更された場合のみ添付が必要です。

- 被保険者証**

【氏名変更】

- ・組合員の氏名変更 → 世帯全員分(当組合加入者のみ)
- ・家族の氏名変更 → 変更される方の分のみ

【住所変更(自宅)】

世帯全員分(当組合加入者のみ)

【医師会支部変更】

当組合加入者全員分

※医療機関所在地・名称のみ変更の場合は、添付書類不要です。
変更届のみご提出ください。

愛知県医師国民健康保険組合

〒460-0008

名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館5階

TEL: 052-263-1688 FAX: 052-263-1748

業務日及び時間: 月曜日～金曜日 (9:00～12:00、13:00～17:00)

土日祝日・夏季休暇・年末年始は休業いたします。

※電話でのお問い合わせの際、本組合被保険者の方は必ず被保険者証記号番号を確認の上、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。