

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		フリガナ	
旧		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)		

◎ **個人番号変更** ※新しい個人番号が確認できる書類を添付

旧 個人 番号		変 更 年 月 日		年	月	日
新 個人 番号						

◎ **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		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

令和 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

印

【個人番号の利用目的について】

本組合は、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、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」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ヶ月以内に発行されたもの
- ・ コピー不可
- ・ 続柄の省略がないもの
- ※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(本組合加入者のみ)
- ・ 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(本組合加入者のみ)

【医師会支部変更】

本組合加入者全員分

新しい個人番号が確認できる書類

- ・ 個人番号通知書の写し等
- ※個人番号を変更された場合のみ添付が必要です。

※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。