|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **第１種組合員・第２種組合員記入欄** | 変更年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 被保険者証記号番号 | 記号　　　　　　　　番号 |
| 氏名※変更がある場合は変更後 | フリガナ組合員氏名 | フリガナ家族氏名 |
| 個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名※変更がある場合は変更後 | フリガナ家族氏名 | フリガナ家族氏名 |
| 個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下記のうち変更のある項目に☑のうえ変更内容をご記入願います |
| 変　更　後 | 変　更　前 |
| □住所変更 |
| 〒　　　- | 〒　　　- |
| □氏名変更 |
| フリガナ | フリガナ |
|  | 　 |
| □その他変更 |
|  |  |
| 変更の理由 |  |
| 保険証回収不能届下記の者は変更前の保険証が回収不能となりましたので届けます。　　回収不能者氏名：　　　　　　　　　　　　　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第１種組合員（事業主）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　栃木県医師国民健康保険組合理事長　殿 |
| 上記のとおり届けます。　　　　　　年　　月　　日　事業所　　所在地　〒　　　－　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第１種組合員（事業主）　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）栃木県医師国民健康保険組合理事長　殿 | 社会保険労務士等の提出代理人記入欄 |
| 社会保険労務士・税理士・会計士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記資格の登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代理人住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）（　　　　）（　　　　） |
| 委任状私は上記の者を代理人と定め、個人番号を提供することを委任します。第１種組合員（事業主）氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 組合使用欄 | 被保険者証回収年月日 |  |

様式第43号

**国民健康保険被保険者各種（住所・氏名等）変更届**

※提出書類は裏面をご覧ください。

※裏面「家族の健康保険連絡票」をご確認のうえ、必要に応じてご記入ください。

**◆家族の健康保険連絡票**

**医師国保に加入しないご家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合、下記に記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

**◆住所・氏名変更時の提出書類一覧**

|  |  |
| --- | --- |
| № | 提　出　書　類　等 |
| ① | 被保険者各種（住所・氏名等）変更届　※上記「家族の健康保険連絡票」にもご記入ください。 |
| ② | 被保険者証、高齢受給者証（70～74歳）、限度額適用認定証、特定疾病療養受領証 |
| ③ | 世帯全員が記載された住民票（３カ月以内に発行）　※続柄と当組合に加入する方のマイナンバーおよび住所・氏名変更等の日付が確認できる住民票「世帯全員記載の住民票の取り方」参照 |
| ④ | 医師国保に加入しないご家族（住民票上の同一世帯の方）の被保険者証の写し※上記「家族の健康保険連絡票」にご記入の方はご提出ください。 |