|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。 |