

国民健康保険被保険者各種（住所・氏名等）変更届

第 1 種組合員・第 2 種組合員記入欄				変更年月日	年 月 日
記号番号	記号	番号	枝番		
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 (マイナンバー)					
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 (マイナンバー)					
下記のうち変更のある項目に <input checked="" type="checkbox"/> のうえ変更内容をご記入願います					
変 更 後			変 更 前		
<input type="checkbox"/> 住所					
〒 -			〒 -		
<input type="checkbox"/> 氏名					
フリガナ			フリガナ		
<input type="checkbox"/> その他					
変更の理由					
回収不能届					
下記被保険者の変更前の（ <input type="checkbox"/> 被保険者証・ <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ（資格情報通知書）・ <input type="checkbox"/> 資格確認書）が回収不能となりましたのでお届けします。 被保険者氏名： 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 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、この届の申請を委任します。 第 1 種組合員（事業主） 氏名 印	
組合使用欄		保険証・情報書・確認書回収年月日		※事業主との委託契約書等の写しを添付、または事業主の自署 のいずれかの場合は押印不要	

※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)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()

◆住所・氏名変更時の提出書類一覧

No.	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	ア. 被保険者証、資格情報のお知らせ(資格情報通知書)または資格確認書、イ. 高齢受給者証 ウ. 限度額適用認定証、エ. 特定疾病療養受領証 ※アはいずれか一つ。イ～エは交付されている場合。
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)のア. 被保険者証、イ. 資格情報のお知らせ(資格情報通知書)、ウ. 資格確認書のいずれか一つの写し ※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。医師国保加入者は提出不要です。