

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	令和 6年12月 2日
被保険者証記号番号	記号 05 番号 9999001	枝番 01、02	
氏名 ※変更がある場合は変更後	フリガナ ケンコウ ハナコ 組合員氏名 健康花子	☆住所変更の場合は、住民票に記載されている転居後の住所を定めた日などをご記入ください。 ☆氏名変更の場合は、住民票や戸籍などに記載されている氏名変更日をご記入ください。	
個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9		
氏名 ※変更がある場合は変更後	フリガナ ケンコウ ケンイチ 家族氏名 健康健一	マイナンバーは正確に記入し「個人情報保護シール」などを貼ってご提出ください。	
個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6		
下記のうち変更後			
<input checked="" type="checkbox"/> 住所		変更前	
〒320-0065		〒320-0011	
こちらの住所が変更後です。郵便番号以外は記入を省略しても結構です。ただし、必ず住民票等を添付願います。			
<input checked="" type="checkbox"/> 氏名			
フリガナ ケンコウ ハナコ、ケンコウ ケンイチ 健康花子 健康健一		フリガナ コマユウ ハナコ、コマユウ ケンイチ 駒生花子 駒生健一	
<input type="checkbox"/> その他			
「被保険者証」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかにチェック☑のうえ、被保険者の氏名と回収できなかった理由をご記入ください。			
変更の理由	結婚のため		
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。		社会保険労務士等の提出代理人記入欄	
令和 6年12月 2日		社会保険労務士・税理士・会計士・その他 () () ()	
事業所 所在地 〒320-0065 宇都宮市駒生町 3000-1		上記資格の登録番号	
名称 国保クリニック		代理人住所	
第1種組合員(事業主) 氏名 国保太郎		氏名	
TEL (028) (622) (4378)		連絡先 () () ()	
FAX (028) (625) (9703)		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。	
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿		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) 健康	(名) さくら	<input checked="" 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) 駒生	(名) ヨネ子	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input checked="" 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。