|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **第１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 |
| 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 |
| □所在地変更 |
| 〒　　　- | 〒　　　- |
| □名称変更 |
| 　 | 　　 |
| □事業主（第１種組合員）変更 |
|  |  |
| □その他変更 |
|  |  |
| 変更の理由 |  |
| 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49号

**事業所（医療機関・福祉施設）各種変更届**

※提出書類は別紙をご覧ください。