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