

事業所（医療機関・福祉施設）各種変更届

第 1 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	
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"/> 所在地			
〒 -		〒 -	
<input type="checkbox"/> 名 称			
<input type="checkbox"/> 事業主（第 1 種組合員）			
<input type="checkbox"/> その他			
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 _____ 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		

※提出書類は裏面をご覧ください。