

組合員の住所又は氏名変更届（家族の氏名変更届）

被 保 険 者 証 号 の 記 号 番 号 (又は組合員証番号)	
変 更 区 分	1. 住 所 2. 氏 名
診 療 所 所 在 地	〒
診 療 所 名	
診 療 所 代 表 者	

区 分 <small>※変更する項目のみ 記入すること</small>	変 更 前	変 更 後
住 所	〒	〒
電 話 番 号		
フ リ ガ ナ		
氏 名		
変 更 年 月 日	住所 令和 年 月 日	
	氏名 令和 年 月 日	

上記のとおり被保険者証または資格確認書（後期高齢者組合員は組合員証）と住民票の写しを添付して届出します。

令和 年 月 日

組合員（新）氏名 _____ (印)

マイナンバー							
--------	--	--	--	--	--	--	--

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

〈添付書類等〉

1. 必ず変更する者の被保険者証または資格確認書（後期高齢者組合員は組合員証）を添付すること。
2. 必ず変更後の「住民票の写し」（発行から3ヶ月以内。コピー不可。）を添付すること。（家族も変更する場合は世帯全員の氏名、世帯主との続柄が記載されているものを添付。）
3. 変更区分欄は、該当数字を○で囲むこと。
4. 後期高齢者組合員はマイナンバーの記入は不要。

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。