

国民健康保険 被保険者変更届

変更がある 世帯の組合員	氏名 フリガナ	記号番号
	個人番号（マイナンバー）	
	新医	

○氏名変更

	変 更 後	変 更 前
フリガナ		
氏 名		

○住所変更

	変 更 後	変 更 前
住 所	〒	〒

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり必要書類を添えて届けます。 令和 年 月 日

届出者氏名 (第1種組合員)	
住 所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 TEL

本届出を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日

委任者氏名 (第1種組合員)	
代理人	事業所名・住所、担当者、TEL 〒 TEL

常務理事	事務長	課長	受付	登録	交付	備考
					確認書	
					お知らせ	