

国民健康保険被保険者等 住所・氏名変更届

決 裁	事務長	次長	課長	係長	担当

※ 現在ご使用の被保険者証(変更をする方全員分)と世帯全員分の住民票(3か月以内のもの)を必ず添付してください。(添付がない場合は変更手続きができません。)

※70歳以上の方は、「高齢受給者証」も添えて提出してください。

※75歳以上の方は、「後期高齢者組合員証」を提出してください。

記号	番 号	受付番号
3 2		

変更前	住 所	
	氏 名	
変更後	住 所	
	氏 名	
変更年月日(転居日)		年 月 日

上記のとおり 被保険者証(変更をする分)及び世帯全員分の住民票(3か月以内の個人番号の記載がないもの)を添えてお届けいたします。

記入日 年 月 日

〒 ー

組合員(変更後) 住 所

(フリガナ)

氏 名

(印)

電話番号

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 氏名欄には、変更がある方全員分のお名前を記入してください。

※ 住所及び氏名の変更のある方全員分のマイナンバー(個人番号)を裏面にご記入ください。

※送付先に指定がない場合は、診療所宛に被保険者証をお送りいたします。

被保険者証処理	データ処理日	被保険者証送付日	受付年月日

- ・ 歯科医師国保組合の保険証の変更がある方全員分のマイナンバー（個人番号）をご記入ください。

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー