

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	1	2	3	4	5	6	7	8	

変更前	住 所	横浜市西区みなとみらい 999-1
	氏 名	国保 太郎、花子、一郎
変更後	住 所	横浜市中区住吉町 6-68
	氏 名	国保 太郎、花子、一郎
変更年月日(転居日)		令和3 年 10 月 1 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 令和3 年 10 月 5 日

〒231-0013

組合員(変更後) 住 所 横浜市中区住吉町 6-68

(フリガナ) 国保 太郎

氏 名 国保 太郎



電話番号 045-641-5418

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
国保 太郎	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2

氏 名	マイナンバー
国保 花子	5 4 3 2 5 4 3 2 5 4 3 2

氏 名	マイナンバー
国保 一郎	2 3 4 5 6 2 3 4 5 6 2 3

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー