

常務理事	理事	事務長	担当者	発行年月日	保険証	高齢
				令和 年 月 日		
					枚	

受付日付印



◎ 同一住所、同一世帯の世帯全員分の全項目が記載されている住民票(直近3ヵ月以内発行)を添付してください。

国民健康保険被保険者証住所・氏名変更届		
被保険者証番号 又は組合員証番号	宮医	変更年月日
	A	令和 年 月 日
		変更者氏名
		第1種組合員・第2種組合員(○で囲んでください)
変更前	住所	〒 -
		TEL () - ※市外局番から記入
	フリガナ 氏名	
変更後	住所	〒 -
		TEL () - ※市外局番から記入
	フリガナ 氏名	
<p>上記のとおり被保険者証および世帯全員の住民票を添えて届けます。</p> <p>令和 年 月 日(届出日)</p> <p>〒 -</p> <p>住 所</p> <p>第1種組合員 氏 名 (医師)</p> <p>TEL () -</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>		

※所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

【支部記入欄】

()支部長	受付・処理年月日	台帳整理印	保険証・組合員証回収年月日
①	令和 年 月 日	①	令和 年 月 日

※当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。DL