

交付を受けている書類の記載事項をご確認ください。変更がある場合、返還が必要です。
なお、破棄や紛失等で返還できない場合は、当組合にお知らせください。

受付印

【記入例】

資格情報通知書の方は返還不要

理事長	常務理事	事務長	課長・係長	係	台帳入力	異動整理簿
					.	.

国民健康保険 被保険者氏名・住所変更届

被保険者の記号・番号 群医 01 - 5010 - 11

紛失等で返還できない方は当組合に報告してください。

変更前の氏名	高崎 夏子	注) 被保険者証、資格確認書、限度額認定証、特定疾病受療証の交付を受けている方は返還してください。
変更後の氏名	(フリガナ) イセサキ ナツコ	個人番号 (マイナンバー)
	伊勢崎 夏子	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2
		* 交付 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書

住所変更者の氏名 [氏名変更と同時の場合は記入不要]	個人番号 (マイナンバー)
	個人番号 (マイナンバー)
	個人番号 (マイナンバー)
変更前の住所	前橋市■■町300 マンション505号 注) 限度額認定証の交付を受けている方は返還してください。
変更後の住所	〒 377 - 0000 (TEL 027 - 000 - 0000) 渋川市◇△町60番地

変更年月日	令和 6 年 12 月 1 日
-------	-----------------

【委任欄】は組合員(先生)以外の方(社労士や会計士事務所等)が申請する場合に記入

上記のとおり届けます。 令和 6 年 12 月 2 日

【委任欄】 令和 6 年 12 月 2 日

私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。

医療機関住所 前橋市口〇町一丁目8番5号

組合員 氏名 国保 太郎

個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

群馬県医師国民健康保険組合 組合員(先生)ご自身のマイナンバー

受任者 (代理人) 住所 前橋市口▲町一丁目〇〇番地
氏名 群馬 次郎

委任者 (組合員) 住所 前橋市口〇町一丁目8番5号
氏名 国保 太郎

*印は、記入不要です。

※当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、番号法第9条第1項の規定に基づき、国民健康保険に関する適用、給付及び徴収関係事務並びに情報連携のために利用します。