

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

<input type="checkbox"/> 回収済 (/)	<input type="checkbox"/> 破棄 () <input type="checkbox"/> 紛失 ()	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------------------------	--	--	--

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

医療機関名称・住所変更届

組合員の記号・番号	群医	—	—
-----------	----	---	---

変更前の 医療機関名称	注) 事業所内で被保険者証の交付を受けている方の分は返還してください。
変更後の 医療機関名称	

変更前の 医療機関住所	注) 事業所内で被保険者証、資格確認書の交付を受けている方の分は返還してください。
変更後の 医療機関住所	〒 — (TEL — —)

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

(変更後)
医療機関住所

組合員 氏名

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿