

受付印

<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 医師会
<input type="checkbox"/> 郵送	<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	収入原簿	異動整理簿
					.	.	

従業員組合員の世帯（医療機関開設者）変更届

変更前の組合員	組合員の記号・番号	組合員の氏名
	群医 — —	
変更後の組合員	組合員の記号・番号	組合員の氏名
	群医 — —	

変更年月日	令和 年 月 日
-------	-------------------------

*番号	資格(続柄)	被保険者の氏名	生年月日	資格取得年月日
	3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ()		昭・平・令 .	昭・平・令 .
個人番号(マイナンバー)			*交付	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書
	3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ()		昭・平・令 .	昭・平・令 .
個人番号(マイナンバー)			*交付	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書
	3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ()		昭・平・令 .	昭・平・令 .
個人番号(マイナンバー)			*交付	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書
	3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ()		昭・平・令 .	昭・平・令 .
個人番号(マイナンバー)			*交付	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書

上記のとおり届けます。 令和 年 月 日

頁 / 頁中

医療機関住所

組合員 氏名
(変更後)

個人番号 (マイナンバー)									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿

【委任欄】 令和 年 月 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。

受任者 (代理人)	住所
	氏名
委任者 (組合員)	住所
	氏名

*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。