

理事長	常務理事	事務長	課長・係長	係	被保険者証発行 医 院(窓口・郵送) 医師会(窓口・郵送) その他(窓口・郵送) () 回収済	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

被保険者証の記号・番号	群 医 — —
-------------	---

変更前の氏名		個人番号(マイナンバー)
変更後の氏名	(フリガナ)	

住所変更者の氏名 <small>(氏名変更と同時の場合は記入不要)</small>		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		
変更後の住所	〒 - (TEL — —)	

変更年月日	令 和 年 月 日
-------	---

上記のとおりお届けします。 令和 年 月 日	【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。				
医療機関の住所 組合員 氏 名 個人番号(マイナンバー)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">受任者 (代理人)</td> <td>住 所 氏 名</td> </tr> <tr> <td>委任者 (組合員)</td> <td>住 所 氏 名</td> </tr> </table>	受任者 (代理人)	住 所 氏 名	委任者 (組合員)	住 所 氏 名
受任者 (代理人)	住 所 氏 名				
委任者 (組合員)	住 所 氏 名				
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿					

※個人番号の利用目的について、当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。