

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 <div style="text-align: center;">頁 / 頁中</div>	<b>【委任欄】</b> 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。																		
医療機関住所  組合員 氏名 (変更後)  <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>個人番号 (マイナンバー)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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</td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">委任者 (組合員)</td> <td>住所</td> </tr> <tr> <td></td> <td>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
個人番号 (マイナンバー)																			
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																			

\*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。