

茨城県歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格変更届

決 裁	事務長	担当者

資 格 変 更 年 月 日	資 格	診 療 所	個 人
令和 年 月 日	☐ 開 設 者	☐ 医 療 法 人	☐ 住 所 変 更
	☐ 管 理 者	☐ 個 人 (任 意 適 用)	☐ 氏 名 変 更
		☐ 診 療 所 住 所	☐ そ の 他 ()

[illegible]

変更前	診療所所在地	〒	—
	医療機関名		
	自宅住所	〒	—
	氏名	(ふりがな)	
	その他		
変更後	診療所所在地	〒	—
	医療機関名		
	自宅住所	〒	—
	氏名	(ふりがな)	
	その他		

※個人番号を取得する場合は、利用目的を本人に通知又は公表してください。

また、必ず本人確認（番号確認及び身分確認）を行ったうえで、個人番号を記入して下さい。

※被保険者証・住民票（三か月以内・個人番号記載有）を必ず添付してください。

上記の通り本人確認（番号確認及び身分確認）をしたうえで個人番号を記入し届けます。

茨城県歯科医師国民健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日

第1種組合員署名

第2種組合員署名



_____ (印)

＜個人番号の利用目的について＞

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。