

(記入例) 住所と氏名が変わる場合

茨城県歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格変更届

変更する箇所は全て記入し、必ず
必要書類を添付してください。
(網掛けの箇所は未記入)

資格変更年月日	資格	診療所	個人
令和〇〇年〇〇月〇〇日	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 管理者	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 個人(任意適用) <input type="checkbox"/> 診療所住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住所変更 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他()

資格変更する者の氏名	続柄	個人番号※
1 〇〇 〇〇	本人	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
2		
3		
4		
5		

変更する者が複数いる場合は、2番から順にご記入ください。
(個人番号は漏れなく記入してください)

変更前	診療所所在地	〒 —
	医療機関名	
	自宅住所	〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇 旧住所を記入してください
	氏名	(ふりがな) 旧姓を記入してください
	その他	
変更後	診療所所在地	〒 —
	医療機関名	
	自宅住所	〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇 新住所を記入してください
	氏名	(ふりがな) 新姓を記入してください(必ずふりがなをつけてください)
	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。

※資格確認書または資格情報のお知らせ・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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

第1種組合員署名

第2種組合員署名

先生のお名前

従業員のお名前

<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。