

様式4

国民健康保険被保険者
住所・氏名 変更届

事務局	担当者

受付	交付年月日

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様

送付先 〒500-8510
岐阜県岐阜市藪田南3-5-11
岐阜県医師国民健康保険組合

被保険者証の記号番号		
個人番号	
変更前	住所	〒
	氏名	
変更後	フリガナ	-----
	住所	〒
	フリガナ	-----
	氏名	
	自宅TEL	()
	携帯番号	()
変更の年月日		

上記のとおり被保険者証(カード)を添えて届けます。 令和 年 月 日

〒

医療機関所在地

医療機関名

第Ⅰ種・Ⅲ種組合員氏名

個人番号 [.....]

T E L ()

〒

第Ⅱ種組合員の住所

氏 名

個人番号 [.....]

T E L ()

※第Ⅰ種＝事業主の先生 第Ⅱ種＝従業員 第Ⅲ種＝75歳以上の事業主

第Ⅰ種・第Ⅲ種組合員の先生方へ

1. 申請者が第Ⅱ種組合員の場合、個人番号が正しい番号であることの確認を行ってください。
2. 個人番号は厳重に管理し、目的外には使用しないでください。
3. 当用紙の提出は、直担当組合へご提出ください。

※【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、番号法第9条別表第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。