

決裁	担当理事	事務係	担当
	令和 年 月 日		

処理欄	受付	入力	交付日
			<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ

住所  
氏名  
個人番号

## 変更届

※該当する□に✓を記入し、下記は変更する部分のみ記入のこと

変更する被保険者	記号番号				—															枝番
	個人番号																			
変更前 (変更部分のみ記入)	住所	〒 -																		
	氏名																			
	個人番号																			
変更後 (変更部分のみ記入)	フリガナ																			
	住所	〒 -																		
	電話番号	—									—									
	携帯番号	—									—									
	フリガナ																			
	氏名																			
	個人番号																			
変更の年月日		令和 年 月 日																		
マイナ保険証の有無		有 ・ 無																		

有効期限内の被保険者証又は資格確認書を添付し、上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

**組合員** ※申請する組合員(家族の申請の場合はその世帯に属する組合員)が記入してください。

〒 -  
住所

氏名 (自署)

電話番号 — —

個人番号

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 殿

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

**第I種・第III種組合員(事業主) 確認欄** ※第I種・第III種組合員及びその家族が申請するは記入不要

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

第I種・第III種組合員名  
(事業主名)

(自署)

※【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、直接当組合へご提出ください。
4. 代理人(社会保険労務士等)を通じて届ける場合は、裏面の委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

※【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。

代理人(社会保険労務士等)を通じて変更手続きをする場合は、下記の委任状を記入してください。  
また、代理人の身分証の写しを添付してください。(例:運転免許証、パスポート等の写し)

## 委任状

代理人

私は、上記の者を代理人と定め、変更申請の手続きを委任します。

令和 年 月 日

委任者

第I種・第III種組合員  
(事業主)

下記に、代理人の身分証明証の写しを添付してください。(例:運転免許証の写し 等)

## 身分証明証 添付欄

### 【注意事項】

- 有効期限内の被保険者証又は資格確認書をお持ちの場合は、申請の際にご返却ください。
- 個人番号の変更の場合は、上記1のご返却の必要はありません。