

|       |          |      |       |
|-------|----------|------|-------|
| 組合記入欄 | 交 付 日    | 常務理事 | 事 務 局 |
|       | 平成 年 月 日 |      |       |

## 住所・氏名 変更届

|                        |         |                              |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---------|------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者証記号番号              |         | み歯                           |  |  |  | A |  |  |  |  |  |  |
| 診療所名                   |         |                              |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 変更年月日<br>(市町村へ届け出た変更日) |         | 平成 年 月 日                     |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 変更前                    | 住 所     | <small>(フリガナ)</small><br>〒 — |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|                        | 氏 名     | <small>(フリガナ)</small>        |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 変更後                    | 住 所     | <small>(フリガナ)</small><br>〒 — |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|                        | 氏 名     | <small>(フリガナ)</small>        |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 平成 年 月 日               |         |                              |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり被保険者証を添えて届けます。   |         |                              |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 第1種                    | 自 宅 住 所 | 〒 —                          |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 第2種                    | TEL     | — —                          |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 第3種                    | 組 合 員   | _____                        |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 第4種                    | 氏 名     | _____ (印)                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿   |         |                              |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |

- ・雇用主が他の支部へ住所変更したときは、従業員・家族とも全員の被保険者証が再交付となりますので、一旦返還願います。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 該当者の被保険者証  
※住所変更のみの場合は被保険者証の添付は必要ありません。
- ・ 加入者全員の、続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）

＜ F A X での提出はできません ＞