組合記入欄	交付日	常務理事	事務局
	令和　年　月　日		

住所・氏名　変更届

① 被保険者証記号番号	み歯				A						

② 診療所名	
③ 変更年月日（市町村へ届け出た変更日）	令和　年　月　日
④ 旧住所	（フリガナ） 〒　－
⑤ 新住所	（フリガナ） 〒　－

	⑥ 旧氏名	⑦ 新氏名	⑧ 個人番号
1	（フリガナ）	（フリガナ）	
2	（フリガナ）	（フリガナ）	
3	（フリガナ）	（フリガナ）	
4	（フリガナ）	（フリガナ）	
5	（フリガナ）	（フリガナ）	

上記のとおり被保険者証を添えて届け出いたします。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

届出年月日	令和　年　月　日	
住所（変更後）	〒　－ TEL　－　－	
氏名（変更後）		個人番号

・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。
・加入者全員の個人番号（マイナンバー）及び続柄が記載された住民票（直近３ヶ月以内発行）

●個人番号は、必ず記入してください　　●FAXでの提出はできません