

常務理事	事務局

国民健康保険 被保険者個人番号変更届

被保険者番号 <small>※枝番を含め、全て正確に記載してください。</small>	み歯										枝番			
変 更 者	氏名	(フリガナ)												
	変更年月日	令和 年 月 日												
	変更前個人番号											※マイナンバーをご記入ください。		
	変更後個人番号													

上記のとおり「変更後の個人番号が確認できる書類」を添えて届けます。

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
自宅住所	〒 - TEL - -
氏名	

【添付書類】必ず添付してください。

変更後の個人番号が確認できる「マイナンバーカードの写し」又は「変更後の個人番号が記載された住民票の写し」

※当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

事務局処理	マイナンバーシステム上の変更	令和 年 月 日
-------	----------------	----------

●FAXでの提出はできません