

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 番 号	み歯				A					
② 診 療 所 名										
③ 変 更 年 月 日 <small>(市町村へ届け出た変更日)</small>	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 (マイナンバー)								
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)								

上記のとおり被保険者証又は資格確認書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	〒 -								
氏 名							TEL	-	-
							個 人 番 号		

【添付書類】 必ず添付してください。

- ① 該当者の被保険者証又は資格確認書
- ② 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)