住所・氏名変更届について

日頃より大変お世話になっております。

世帯全員の載った住民票（省略のない3ヶ月以内のもの・マイナンバー記載含む）を住所氏名変更届に添付のうえ、ご申請ください。

住民票を取得の際、マイナンバーは、変更者のみ記載をお願いいたします。変更者以外の記載がある場合は、ご自身で消去をお願いいたします。

※社労士・会計士等、代理人によるご申請の際は、委任欄に記入が必要となりますので、別紙の記入例をご確認ください。来所時は顔写真付きの身分証をお持ちください。

被保険者証を持っている方

- ・上記の必要書類(赤字)に**被保険者証**を添付のうえ、ご申請ください。
- ・マイナ保険証を持っている方へ**資格情報通知書**※を
マイナ保険証を持っていない方へ**資格確認書**をお送りいたします。

※事情があり**資格確認書**が必要な場合は、『資格確認書 交付・再交付申請書』もご申請ください。

資格情報通知書を持っている方

- ・上記の必要書類(赤字)に**資格情報通知書**の添付は不要です。
- ・氏名変更の方へ、新しい**資格情報通知書**をお送りいたしますので、旧姓の資格情報通知書はご自身で破棄してください。
- ・住所のみ変更の方は、変更届の申請後も変わらずお手元の**資格情報通知書**をご使用いただけますので、大切に保管してください。
(新しい**資格情報通知書**は送付しません。)

資格確認書を持っている方

- ・上記の必要書類(赤字)に**資格確認書**を添付のうえ、ご申請ください。
変更届の申請後、新しい**資格確認書**をお送りいたします。

神奈川県医師国民健康保険組合

国民健康保険被保険者住所・氏名変更届

記入例

被保険者記号番号		31 — 01234567										
変更前	住所	(〒 231 — 0063) 神奈川県横浜市中区花咲町4丁目104番地 電話 (045) 231 — 2675										
	氏名	国 保 守										
変更後	住所	(〒 231 — 0037) 横浜市見町3番1号101号室 231 — 2685										
	フリガナ	↓ コクホ マモル										
	氏名	国 保 守										
	マイナンバー	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	変更理由	転居のため										
	変更年月日	令和 6 年 12 月 1 日										

氏名変更がない場合も組合員ご本人の氏名をご記入ください。

住民票上変更した日付をご記入ください。

マイナンバー(個人番号)を必ずご記入ください。

住民票と被保険者証又は資格確認書を添えて上記のとおり届けます。

[注] 世帯全員の住民票(マイナンバー(個人番号)記載あり・省略なし・三ヶ月以内のもの)を添付してください。

令和 6 年 12 月 1 日 記載日をご記入ください。

第一種組合員

診療所住所 神奈川県 横浜市

第一種組合員(先生)のご記入、ご捺印をお願いいたします。
◆ 第二種組合員や家族の申請では受付できません。

診療所名称 神奈川県医師国保クリニック

氏 名 医 師 太 朗

印

マイナンバー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

決 裁	常務理事	事務長	次 長	主 幹	主 査	係
令和 年 月 日 決 定						

受付日付印

※ 各申請書等で知り得た被保険者の 代理人(社労士等)による申請の場合は、委任欄にご記入、ご捺印をお願いいたします。 事務の目的以外で利用することはありません。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 6 年 12 月 1 日

受任者 住所 横浜市中区富士見町300-10 (代理人) 氏名 神奈川 一郎	委任者 住所 横浜市中区富士見町3-1 (第一種組合員) 氏名 医師 太郎
---	--

神奈川 印

医師 印

国民健康保険被保険者住所・氏名変更届

被保険者記号番号		31 —																				
変更前	住 所	(〒 —) 電話 () —																				
	氏 名																					
変更後	住 所	(〒 —) 電話 () —																				
	フリガナ																					
	氏 名																					
	マイナンバー	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																				
	変更理由																					
変更年月日	令和 年 月 日																					

住民票と被保険者証又は資格確認書を添えて上記のとおり届けます。

[注] 世帯全員の住民票(マイナンバー(個人番号)記載あり・省略なし・三ヶ月以内のもの)を添付してください。

令和 年 月 日

第一種組合員

診療所住所 神奈川県

診療所名称

氏 名

㊞

マイナンバー

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

決 裁	常務理事	事務長	次長	主幹	主査	係
令和 年 月 日 決定						

受付日付印

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 年 月 日

受任者 住所 (代理人) 氏名	委任者 住所 (第一種組合員) 氏名
--------------------	-----------------------