

医療機関住所 医療機関名

現住所氏名

回 覧	理事長	副理 理事長	常務 理事	事務長	課長 補佐	生年月日 主任	主事	担当	台帳整理 特定台帳 整理 証発行	受付

国民健康保険

変更届

記号番号		
マイナ保険証利用登録		登録済み ・ 未登録
変更前	医療機関住所	
	フリガナ	
	医療機関名	
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
変更後	医療機関住所	
	フリガナ	
	医療機関名	
	現住所	
	フリガナ	
	氏名	
	個人番号	
	※個人番号は、資格取得または資格確認の際提出したものと同一番号の場合は“記載不要”	
	生年月日	

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

医療機関住所

第一種組合員 医療機関名

氏 名



山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 住所・氏名の変更の場合、変更後の住民票(世帯全員記載)、住民票に居る医師国保以外の家族の、保険がわかるもの(資格確認書・資格情報のお知らせ等)のコピーを添付してください。

届出代行者 事業所名称
担当者名
連絡先電話番号

届出代行者 事業所名称
担当者名
連絡先電話番号