様式第5号

# 国民健康保険被保険者届出事項変更届

| 記号 | | 番号 | |
|---|---|---|---|

| | 変　更　前 | | 変　更　後 |
|---|---|---|---|
| 被保険者に関すること | ①住所　〒　－ | | 〒　－ |
| | ②氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 組合員との続柄 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
| | 個人番号=マイナンバー | 被保険者証に記載の枝番 | 個人番号=マイナンバー |
| 事業所に関すること | ③事業所形態　個　人　・　法　人 | | 個　人　・　法　人 |
| | ④住所　〒　－<br>事業所名<br>電話 | | 〒　－<br>電話 |
| | ⑤所属医師会　医師会 | | 医師会 |
| その他 | | | |

| 変　更　年　月　日（必須）<br>記入した事項の変更が発生した日を必ず記入 | 令和　年　月　日 |
|---|---|

届出署名欄

上記のとおり必要書類を添付し届け出ます。

令和　年　月　日（記入日）

医師組合員住所 〒　－　電話　－　－

医師組合員氏名（自署）

富山県医師国民健康保険組合　理事長殿

| 組合員の個人番号＝マイナンバー |
|---|
| |

①、②の変更のときは必ず記入してください
組合員本人のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ変更のとき不要

個人番号の利用目的について
本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。

※組合記入欄

| 常務理事 | 事 務 長 | 本人確認 | 証交付 | 証回収 | 記番変更　要・不要 | 確認 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 月　日 | | 資格取得　年　月　日 | |

| 受付印 |
|---|
| |

下表「変更の内容」から今回届出されるものを選び、「届出する書類や注意事項」をごらんください

**変更年月日と変更前、変更後の内容は必ず記入してください**

| 変更の内容 | 届出する書類や注意事項 |
|---|---|
| ① 住所の変更 | □ 保険証カード　世帯全員分<br>□ 医師組合員のマイナンバーカード、運転免許証・旅券など、<br>顔写真付きの書面　いずれか1つの写し<br>※届出署名欄に組合員の個人番号（マイナンバー）を必ず記入してください |
| ② 氏名や変更<br>マイナンバー変更 | □ 保険証カード　該当者分<br>□ 医師組合員の運転免許証・旅券など、顔写真付きの書面　いずれか1つの写し<br>※変更する該当者の個人番号（マイナンバー）を必ず記入してください<br>※届出署名欄に組合員の個人番号（マイナンバー）を必ず記入してください |
| ③④ 事業所に関する変更 | |
| 事業所を法人化したとき | □「健康保険被保険者適用除外承認証」のコピー　→別途手続きが必要です<br>□ 保険証カード　世帯全員分 |
| 事業所の名称や所在地が変わったとき | 添付書類はありません<br>事前と事後の状態を記入してください |
| ⑤所属医師会変更のとき | □ 保険証カード　世帯全員分 |
| 【保険証カードの提出のときに注意すること】<br>提出すべき保険証カードを紛失したときは「紛失届」が必要です<br>高齢受給者証・限度額適用認定証・特定療養受領証などをお持ちの方は併せて提出してください | |
| その他<br>就業形態などが変わったときやその他について記入する欄です | 添付書類はありません<br>事前と事後の状態を記入してください<br>例）　事前:廃業・閉院・退職<br>事後:非常勤で健診を行っている、産業医である、<br>月に数回アルバイト勤務など |
| | |
| 変更年月日<br>必ず記入してください | 変更が生じた日を記入してください |

| | |
|---|---|
| 届出署名欄 | 医師組合員氏名を自署してください（押印不要です） |

＜提出方法について＞

保険証カードや個人番号を記載をした書類の送付については、「特定記録」扱いを推奨します
郵便局窓口で引受を記録するので、差出記録が残りインターネットで配達状況を確認できます
届出は事由の発生日から14日以内にお願いします。

↓切り取って組合への送付に利用できます

〒939-8214
富山県富山市黒崎３３番地

富山県医師国民健康保険組合　宛

届出書類　在中

富山県医師国民健康保険組合
TEL　076-429-7337
FAX　076-429-9600