

伺	決裁年月日		令和 年 月 日	
	理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険 組合員住所・氏名 変更届
被 保 険 者 氏 名

被保険者の 記 号 番 号	1・3種組合員	
	2・4種組合員	
変 更 前	旧住所 フリガナ 旧氏名	
変 更 後	〒 - 新住所 フリガナ 新氏名	
上記のとおり資格確認書を添えて届けます。(資格情報のお知らせは添付不要) 令和 年 月 日 1・3種組合員 住所 氏名 ⑩ TEL () FAX () 2・4種組合員 住所 氏名 ⑩ TEL () FAX () 三重県医師国民健康保険組合理事長 様		

※マイナンバー入りの住民票を添付して下さい。

【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30項「国民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。