回覧	理事長	副理事長	常務理事	事務長	課長補佐	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

医療機関住所　医療機関名
現住所　氏名
生年月日

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

届出代行者　事業所名称
担当者名
連絡先電話番号

※　被保険者証、資格確認書・変更後の住民票(世帯全員記載)を必ず添付してください。