

# 記入例 住所

電算処理	発行	回収	受付日・担当	窓口

## 国民健康保険組合員(住所(自宅)・氏名変更 届 (第1種・第2種)

住所・氏名変更届には、「住民票原本」(世帯全員分が記載され、世帯全員分の続柄、変更される方個人番号(マイナンバー)の記載のある3か月以内に発行されたもの)の添付が必要です

組合員の記号・番号		群 歯 0 1 — 8 0 2 0 1 0																									
変更前	住所 (自宅)	〒 371 — 555〇 前橋市△△町1-5 アパート102号室																									
	1 氏 名	国 保 花 子						3 氏 名																			
	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	個人番号(マイナンバー)													
	2 氏 名	国 保 一 郎						4 氏 名																			
	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	個人番号(マイナンバー)													
変更後	【変更する事項欄のみ記載してください。】																										
	住所 (自宅)	〒 371 — 555〇 前橋市△△町2-100																									
	1 フリガナ							3 フリガナ																			
	氏 名							氏 名																			
2 フリガナ							4 フリガナ																				
	氏 名							氏 名																			
変 更 年 月 日 ( 令 和 7 年 8 月 9 日 )																											
上記のとおり届出いたします。 令和 7 年 〇 月 11 日 住 所 前橋市△△町2-100 組 合 員 氏 名 国 保 花 子 事業所(診療所)名称 群 馬 〇 〇 歯 科 医 院 <small>群馬県歯科医師会国民健康保険組合理事長 様</small>																											
産休、育休等で診療所に常にはいない場合、ご自宅等に送付いたしますので、ご住所をご記入 <small>(情報のお知らせは回収不要です。)</small> <small>※新しい住所のお知らせまたは資格確認書は、診療所宛てに郵送いたします。</small>																											
変更後の各種書の郵送先を診療所以外に希望される場合は、こちらに住所をご記載ください。																											
送付先	〒 371 — 555〇 前橋市△△町2-100																										