

決裁	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日				

被保険者証 記号・番号	記号	番号
	福医 031234001	
変更する 組合員氏名	福岡 花子	
個人番号	4567	××××××××

氏名の変更

※事業所関係(①~⑤)の変更に関しては、個人番号の記載は不要です。
被保険者関係(⑥・⑦)の変更の場合のみご記入下さい。

裏面の記入上の注意をよくお読みのうえご記入下さい。

国民健康保険被保険者申請事項変更届

(注意事項)

○変更した箇所のみ番号に○をつけ、変更前・変更後をご記入下さい。
○事業所関係の変更については、被保険者全員分の被保険者証を必ず添付して下さい。
なお、⑥氏名及び⑦現住所の変更については、変更した方の被保険者証のみを添付して下さい。

	変 更 前	変 更 後
事業所関係	① 医療機関名称及び事業所区分 (<input type="radio"/> 個人 <input type="radio"/> 法人) _____ ② 医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ③ 医療機関所在地 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL() - _____ _____ ④ 開設者 被保険者証 記号・番号 福医 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 氏 名 _____ ⑤ 所属地区医師会 _____ 医師会	① 医療機関名称及び事業所区分 (<input type="radio"/> 個人 <input type="radio"/> 法人) _____ ② 医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ③ 医療機関所在地 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL() - _____ _____ ④ 開設者 被保険者証 記号・番号 福医 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 氏 名 _____ ⑤ 所属地区医師会 _____ 医師会
被保険者関係	⑥ 氏 名 フリガナ フクオカ ハナコ 福岡 花子 _____ ⑦ 現住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL() - _____ _____	⑥ 氏 名 フリガナ ハカタ ハナコ 博多 花子 _____ ⑦ 現住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL() - _____ _____
その他		

上記のとおり届けます。

平成 ○○年 ○○月 ○○日 提出

〒 - TEL(092) 431 - 1988

住 所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

甲種組合員

氏 名 国保 太郎



福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

処理欄	受付印	被保険者証 回 収	電算入力	被保険者証 交 付

記入上の注意点

- ・届出は、すべて甲種組合員（医師）が行って下さい。
- ・変更した箇所のみ番号に○をつけ、変更前・変更後をご記入下さい。記入箇所・添付書類については下記を参照下さい。
- ・記入もれがないようご注意ください。なお、本届に関して組合より問い合わせをする場合があります。
- ・記入についてご不明な点がございましたら、福岡県医師国民健康保険組合（Tel 092-431-1987）までご連絡下さい。

記入箇所・添付書類について

	提出すべきとき	記入箇所 (変更前・変更後をそれぞれ 記入すること)	添 付 書 類
事業 所 関 係	事業所を移転したとき	③ 医療機関所在地 (②医療機関コード、⑤所属地区 医師会も変わる場合は、それぞ れ記入)	・ 不要
	事業所を閉院したとき	① 医療機関名称及び事業所区分 (変更後の①に閉院年月日を記入)	・ 被保険者全員分の被保険者証
	事業所の名称を変更したとき	① 医療機関名称及び事業所区分	・ 被保険者全員分の被保険者証
	開設者を変更したとき	④ 開設者 (①医療機関名称及び事業所区 分、②医療機関コードも変わる 場合は、それぞれ記入)	・ 被保険者全員分の被保険者証と高齢受 給者証 ^(※1) ・ 預金口座振替依頼書（口座を変更する 場合）
	法人事業所を開設したとき	① 医療機関名称及び事業所区分 ② 医療機関コード	・ 被保険者全員分の被保険者証 (医療機関名称を変更する場合) ・ 健康保険被保険者適用除外承認申請書 ・ 預金口座振替依頼書（口座を変更する 場合）
	所属地区医師会を変更したとき	⑤ 所属地区医師会	・ 被保険者全員分の被保険者証と高齢受 給者証 ^(※1)
被 保 険 者 関 係	被保険者の氏名を変更したとき	⑥ 氏名	・ 被保険者証と高齢受給者証 ^(※1) ※甲種組合員の氏名変更の場合は、身元 確認書類（医師資格証、運転免許証、 旅券、個人番号カード表面（顔写真つき のもの）などの写し）を添付して下さい。
	現住所を変更したとき	⑦ 現住所	・ 被保険者証と高齢受給者証 ^(※1) ※甲種組合員の住所変更の場合は、身元 確認書類（医師資格証、運転免許証、 旅券、個人番号カード表面（顔写真つき のもの）などの写し）を添付して下さい。

(※1) 高齢受給者証は交付を受けている場合のみ添付して下さい。

個人情報の取扱いについて

本組合では関係法令及び個人情報保護に関するガイドラインを踏まえ、個人情報保護方針を制定し、個人の人格尊重の理念の下に個人情報を取り扱うこと並びに個人情報保護方針を厳正に遵守することを誓約いたします。

(1) 個人情報の収集・利用及び提供について

① 収集の原則

個人情報の収集は、目的を明確にし、事前に本人の同意を確認できる適切な方法で行います。

② 利用・提供の原則

個人情報の利用、提供は、法令の定めに基づき事前に明確にした目的の範囲内でのみ行います。

個人情報の中、特定個人情報については、法令の定める業務範囲の手続及び情報の範囲内で取り扱います。