|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

**国民健康保険被保険者氏名・自宅住所変更届（第2種組合員）**

様式　第3号の１

事務局使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険証回収 | システム | 保険証発行 |
|  |  |  |

**裏面のマイナンバーも必ず記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号番号 | |  | 変更年月日 | | 平成・令和　　年　　月　　日 |
|  | | 変更前 | | 変更後 | |
| 自宅住所 | | 〒  電話　　（　　） | | 〒  電話　　（　　） | |
| 氏名 | 1 | フリガナ | | フリガナ | |
|  | |  | |
| 2 | フリガナ | | フリガナ | |
|  | |  | |
| 3 | フリガナ | | フリガナ | |
|  | |  | |
| 4 | フリガナ | | フリガナ | |
|  | |  | |
| 上記のとおり届けます。  　　令和　　年　　月　　日  　　組合員自宅住所  電話　　　　（　　　）  組合員氏名　 　　　　　　　　　　　　　　印  診療所名称  診療所住所  （第1種組合員）　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　（　　　）  事業主氏名　 　　　　　　　　　　　　　　印  **埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様** | | | | | |

**（添付書類）**

**１　被保険者証（高齢受給者証含む）**

**２　世帯全員の住民票（発行から3か月以内で続柄が記載されているもので、マイナンバーの記載がないもの）**

|  |  |
| --- | --- |
| 委  任  欄 | この届出を下記の代理人に委任します。  　令和　　年　　月　　日  （代理人）　 住　　所  氏　　名  組合員氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

* **社会保険労務士事務所からの持ち込みや郵送の場合は、委任欄にご記入のうえ代理人の身元確認（個人**

**番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示または、郵送の場合は、コピーの添付が必要です。**

**マイナンバー（個人番号）の記入**

マイナンバー（個人番号）について、国民健康保険法施行規則第8条及び第10条に

より届けます。

【個人番号の利用目的】

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、給付及び徴収業務で利用します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被 保 険 者 氏 名 | 個 人 番 号（12桁） | | | | | | | | | | | |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **事業主経由、社会保険労務士事務所等に委任して提出される場合は、マイナンバー**

**（個人番号）を記入して隠れるように保護シールを貼ってください。**

**マイナンバー（個人番号）の記入は、以下のとおりとしてください。**

* **自宅住所変更の場合　・・・　組合員のマイナンバー（個人番号）のみ**
* **氏名変更の場合　・・・　組合員及び氏名変更する被保険者のマイナンバー（個人番号）**

**◎ 加入時やその他の届出書等で、個人番号の確認に必要な書類（マイナンバーカードまたは、**

**通知カードのコピー等）を本組合に提出済みの場合は、その後の添付は不要となります。**

（様式第3号の1の裏面）