

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

| 事務局使用欄 |      |       |
|--------|------|-------|
| 保険証回収  | システム | 保険証発行 |
|        |      |       |

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)

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

裏面のマイナンバーも必ず記入してください。

(添付書類)

- 被保険者証(高齢受給者証含む)
- 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。

| No. | 被保険者氏名 | 個人番号(12桁) | 【個人番号の利用目的】<br>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。 |
|-----|--------|-----------|--|
| 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。