**国 民 健 康 保 険 被 保 険 者 変 更 届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 | 道　歯　　　　－　　　　－ | **※住民票の原本を必ず添付し、郵送して下さい。****※氏名変更の場合は、被保険者証を必ず添えて郵送下さい。** |
| 変更前の住所又は氏名 |  |
| 変更後の住所又は氏名 | 〒－電話番号： |
| 変更の年月日 | 令　和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　　上 記 の と お り 届 け ま す 。　 　 令和　　　年　　　月　　　日(届出日)※下記に記入する住所・氏名は変更後を記入して下さい。 |
| 〒－　　　　 | 電 話(　　　)　　　－　　　　番FAX(　　　)　　　－　　　　番 |
| 第　１　種　　住　　所組　合　員　　(診療所) 道歯会員必ず記入氏名**（自署）** 第　２　種　　住　　所組　合　員 (自　宅) (従業員)　　　　　　　 氏名**（自署）** 　　北海道歯科医師国民健康保険組合理事長　様 |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証交付・訂正 | 被保険者台帳入力 |
| 　年　　月　　日 |  | 　年　　月　　日 |  |