**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 |  |