記入例

データ処理

受付印

事業所情報変更届

組合員記号番号	１０１　－　１２３４５６７８	
変更箇所に☑	変更前	変更後
☑ 事業所名称	ﾌﾘｶﾞﾅ マルマルイイン 〇〇医院	ﾌﾘｶﾞﾅ マルマルナイカクリニック 〇〇内科クリニック
☑ 事業所所在地	〒０００－００００ さいたま市浦和区仲町〇－〇－〇	〒０００－０００１ さいたま市浦和区×町×　Ａビル１Ｆ TEL　000（　000　）0000
□ 書類等送付先	※事業所所在地と同一の場合は不要 保険証等の送付を事業所所在地以外に希望する理由 （　　）	※事業所所在地と同一の場合は不要 〒　　－ TEL（日中の連絡先）　（　　）
変　更　年　月　日	令和　〇〇年　〇月　〇日	

上記のとおり申込みます。

令和　〇〇年　〇月　〇日

住　所　さいたま市浦和区仲町〇-〇-〇

組合員（医師）氏　名　国保　太郎

ＴＥＬ　000-000-0000

埼玉県医師国民健康保険組合理事長　様

委任欄	本届を下記代理人に委任します。 令和　年　月　日　住所 組合員 氏名 住所 代理人 氏名　TEL

【注意事項】

１、この用紙は組合員（医師）毎に記入してください。

２、所在地変更に医師会異動を伴う場合は、一度資格喪失のうえ、改めて加入の手続きが必要です。

【添付書類等】

届出者である組合員からの郵送、持込以外（例えば社労士事務所からの郵送や持込）の場合は、委任欄にご記入の上、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（コピーの添付）が必要です。