

※	副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

※	被保険者証	住民票	確認書	入力	保険証発送
有	本証 枚	添付 なし	添付 なし		不要
	高齢	/	/		/
	なし				

◎「記入例」を参照ください。

◎ ※印のところは記入しないでください。

住所・氏名変更届										
被保険者証番号 または 組合員・准組合員証番号		医 国							—	
		075							—	
組合員本人氏名 該当の または 准組合員本人氏名										
住 所	変更前	〒								
	変更後	〒								
		TEL ()								
氏 名	フリカ`ナ									
	変更前									
	フリカ`ナ									
	変更後									
家 族 (被 保 険 者) 氏 名	フリカ`ナ									
	変更前									
	フリカ`ナ									
	変更後									
上記のとおり異動がありましたので届けます。										
平成 年 月 日										
〒										
医療機関 所在地										
(事業所) 名 称										
TEL ()										
FAX ()										
組合員 氏 名										
大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様 (印)										

【添付書類】

◎該当事者全員の被保険者証、変更後の世帯全員が記載されている住民票(住民票謄本)を添付してください。
世帯内に他保険加入の方がいる場合は、『世帯における保険の加入状況確認書(様式S-14)』を添付してください。

【記入方法】

- 住所・氏名が変わったときは、その日から14日以内に届出をしてください。
- 変更のあった項目のみ記載してください。
- 家族の方の氏名が変更になった場合は、家族氏名の変更前と変更後を記載してください。

※	副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

※	被保険者証	住民票	確認書	入力	保険証発送
	本証	添付なし	添付なし		不要

(記入例)

◎「記入例」を参照ください。

◎ ※印のところは記入しないでください。

住所・氏名変更届											
被保険者証番号 または 組合員・准組合員証番号		医 国	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		075	9	9	9	9	9	9	9	9	9
組合員本人氏名 該当の または 准組合員本人氏名		青空 良子									
住 所	変更前	〒 542-0012 大阪府中央区谷町6丁目×-××									
	変更後	〒 542-0012 大阪府中央区谷町7丁目1-4△□ TEL 06 (△△△) 8096									
氏 名	フリガナ	アオゾラ リョウコ									
	変更前	青空 良子									
	フリガナ	ナカヨシ リョウコ									
	変更後	仲吉 良子									
家 族 (被 保 険 者) 氏 名	フリガナ										
	変更前										
	フリガナ										
	変更後										
上記のとおり異動がありましたので届けます。											
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日											
〒 543-0001											
医療機関 (事業所)		所在地 大阪府天王寺区上本町2丁目1-20									
		名称 (医) 国保医院									
		TEL 06 (6761) 8096									
		FAX 06 (6761) 0596									
組合員 氏名		国保 一郎									
大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様											

【添付書類】

- ◎ 該当者全員の被保険者証、変更後の世帯全員が記載されている住民票(住民票謄本)を添付してください。
- 世帯内に他保険加入の方がいる場合は、『世帯における保険の加入状況確認書(様式S-14)』を添付してください。

【記入方法】

- 住所・氏名が変わったときは、その日から14日以内に届出をしてください。
- 変更のあった項目のみ記載してください。
- 家族の方の氏名が変更になった場合は、家族氏名の変更前と変更後を記載してください。