

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

※	資格確認書	住民票	S14	入力	発送
	あり 確認書 高齢証 なし	添付 なし	添付 なし		不要
	枚	枚			

◎ 「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

被保険者記号番号 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。

令和 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

【添付書類】 変更後の世帯全員が記載されている住民票(住民票謄本)、該当者全員の資格確認書を添付してください。世帯内に他保険に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】 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。

【注意事項】 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。

マイナンバーカードの保険証利用登録状況により、資格確認書または資格情報のお知らせを発行します。

【その他】 変更前の資格確認書は回収しますが、資格情報のお知らせは変更前のものは回収しません。
氏名変更したときのみ変更後のものを送付します。

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係	※	資格確認書	住民票	S14	入力	発送
											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													
被保険者記号番号 または 組合員・准組合員証番号		医国	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		075	9	9	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 大阪市中央区谷町6丁目×-××											
	変更後	〒 542-0012 大阪市中央区谷町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	*准組合員の住所・氏名 変更の場合は組合員の記 入となります。											
	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。													
令和 ○○年 ○○月 ○○日													
医療機関 (事業所)	所在地	〒 542-0062 大阪市中央区上本町西3丁目1-7											
	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】 変更後の世帯全員が記載されている住民票(住民票謄本)、該当者全員の資格確認書を添付してください。世帯内に他保険に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】 変更のあった項目のみ記載してください。
- 【注意事項】 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。
- 【その他】 変更前の資格確認書は回収しますが、資格情報のお知らせは変更前のものは回収しません。氏名変更したときのみ変更後のものを送付します。