

※印のところは記入しないでください。

副理事長	担当理事	事務局長	次長	認書	入力	発送	適用除外
				枚		不要	添付なし
						/	受

(記入例)

①医療機関の変更の場合

◎ 記入の方法は「提出にあたっての注

※ (地区内異動・地区外異動)

医療機関等変更届 被保険者番号																						
変更内容 ① 組合員が開業(勤務)する医療機関の所在地・名称・管理組合員等変更 ② 組合員が異動により勤務先(開業先)を変更 (【例】勤務→開業・A医院勤務→B医院勤務等)																						
被保険者番号			医	国	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
または 組合員・准組合員証番号			075	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
① 医療機関の変更	所在地	変更前	〒																			
		変更後	〒 組合員証・准組合員証番号 (75歳以上の方はこちらへ記入)																			
	名称	変更前	国保クリニック																			
		変更後	医療法人 国保医院																			
	管理組合員の変更 (氏名)	変更前																				
		変更後																				
② 勤務先(開業先)異動	異動前	医療機関名称																				
		所属地区医師会名	医師会																			
	異動後	医療機関所在地	〒																			
		医療機関名称																				
		管理医師名																				
		所属地区医師会名	医師会 (入会日 年 月 日)																			
上記のとおり異動がありましたので届けます。																						
令和 〇〇年 11 月 1 日																						
〒 542-0062																						
(新)医療機関 所在地 大阪市中央区上本町西3丁目1-7																						
(事業所) 名称 (医) 国保医院																						
医療機関番号 (17-〇, 〇〇〇, 〇)																						
組合員 氏名 国保 太郎																						
TEL 06 (6761) 8096 FAX 06 (6761) 8096																						
大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様																						

【添付書類】

◎上記「変更内容」が②に該当の場合は該当者全員の資格確認書を添付してください。

◎『①医療機関の変更』・『②勤務先(開業先)異動』に伴い、国民健康保険料の引落とし口座を変更される場合は、「国民健康保険料振替納付(変更)申出書」も併せて提出してください。

【注意事項】◎事由発生日から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、資格確認書が資格情報のお知らせでの発行となります。

※印のところは記入しないでください。

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	印	資格確認書	入力	発送	適用除外
						枚		不要	添付なし
						枚		/	/
						し		/	受発

(記入例)

②勤務先(開業先)異動の場合

◎ 記入の方法は「提出にあたっての注」

※ (地区内異動・地区外異動)

医療機関等変更届 被保険者番号

変更内容 ① 組合員が開業(勤務)する医療機関の所在地・名称・管理組合員等変更
 ② 組合員が異動により勤務先(開業先)を変更 (【例】勤務→開業・A医院勤務→B医院勤務等)

被保険者番号		医 国	9	9	9	9	9	9	9	—	9	9	9
または 組合員・准組合員証番号		075	9	9	9	9	9	9	9	—	9	9	9
① 医療機関の変更	所在地	変更前	〒										
		変更後	〒										
	名称	変更前											
		変更後											
	管理組合員の変更 (氏名)	変更前											
		変更後											
② 勤務先(開業先)異動	異動前	医療機関名称	空山クリニック										
		所属地区医師会名	△△区 医師会										
	異動後	医療機関所在地	〒 △△△-△△△△ △△市○町5丁目8△□										
		医療機関名称	TEL △△(△△) 3333 FAX △△(△△) 3333										
		医療機関名称	海川医院										
		管理医師名	海川 晴太										
所属地区医師会名	△△市 医師会 (入会日 ○年○月○日)												

組合員証・准組合員証番号 (75歳以上の方はこちらへ記入)

上記のとおり異動がありましたので届けます。

令和 ○○年 11月 1日

〒 △△△-△△△△

(新)医療機関 所在地 △△市○町5丁目8△○

(事業所) 名称 海川医院

医療機関番号 (17-0, △△△, 0)

組合員 氏名 海川 晴太

TEL △△(△△) 3333 FAX △△(△△) 3333

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

【添付書類】

◎上記『変更内容』が②に該当の場合は該当者全員の資格確認書を添付してください。

◎『①医療機関の変更』・『②勤務先(開業先)異動』に伴い、国民健康保険料の引落し口座を変更される場合は、「国民健康保険料振替納付(変更)申出書」も併せて提出してください。

【注意事項】◎事由発生日から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、資格確認書か資格情報のお知らせでの発行となります。

医療機関等変更届提出にあたっての注意事項

次のとおり変更した場合は、その日から14日以内に届出をしてください。

- ① 組合員が開業(勤務)する医療機関の所在地・名称・管理組合員等変更
- ② 組合員が異動により勤務先(開業先)を変更

★ 記入方法

上記①に該当する場合は、『①医療機関の変更』の該当項目の変更前・変更後について記入してください。

- 【例】 ○医療機関の地番変更→「所在地」 変更前・変更後 について記入してください
○法人化により医療機関名称変更→「名称」 変更前・変更後 について記入してください
○代替わりにより管理組合員変更→「管理組合員の変更」 変更前・変更後 について記入してください
☆ 変更する項目のみ記入してください

上記②に該当する場合は、『②勤務先(開業先)異動』の異動前・異動後について記入してください。

- 【例】 ○勤務から開業に変更の場合
○A医院勤務からB医院勤務に変更の場合
○開業から勤務に変更
☆異動前・異動後も当組合に加入の場合届出が必要です

<添付書類>

- ◎上記『変更内容』が②に該当の場合は資格確認書を添付してください
- ◎『①医療機関の変更』・『②勤務先(開業先)異動』に伴い、国民健康保険料の引落とし口座を変更される場合は、「国民健康保険料振替納付(変更)申出書」も併せて提出してください。