

国民健康保険被保険者（氏名・住所）変更届

※必ず申請書の項目はご記入下さい。

被保険者番号	沖医国	変更内容	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所
変更前の氏名		変更後の氏名	個人番号（マイナンバー）
	(フリガナ)	(フリガナ)	
1			
2			
3			
変更前の住所	〒 —		
変更後の住所	〒 —		
必要書類	・ <u>住民票謄本（世帯全員が記載されたもの）</u>		
<p>上記のとおり被保険者証を添えて届けます。</p> <p>沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>【医師組合員】</p> <p>被保険者番号：沖医国 <input type="text"/></p> <p>個人番号：<input type="text"/></p> <p>自宅住所：</p> <p>医師組合員氏名（自署） _____</p>		届出 代行者 （担当者）	<p>事業所名称：</p> <p>担当者氏名：</p> <p>TEL：</p>

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用する。

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き組合業務の目的以外で利用することはありません。

組合記入欄	受付印	資格確認書回収日
		令和 年 月 日
		備考
		処理日： 連動日： 書発行： 共通：