

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合被保険者（住所 氏名）変更届

被保険者証の 記 号 番 号	鹿歯・鹿歯従										
個 人 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
変更前の住所 又は氏名											
変更後の住所 <small>(ふりがな)</small> 又は氏名											
変更年月日	年 月 日										

上記のとおり届けます。（氏名変更の時のみ被保険者証を提出）

変更後の住所及び氏名をご記入ください。

令和 年 月 日

(〒 -)

申請者本人 住 所

氏 名

(印)

(自宅電話番号 - -)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

【委任欄】 私は下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 年 月 日

受任者 住所 (代理人) 氏名	委任者 住所 (申請者本人) 氏名
(印)	(印)

※申請者本人以外の方が代理で届け出る際は委任欄に記入をしてください。

※歯科医師国保に加入する世帯全員分の住民票（直近3ヶ月以内に発行されたマイナンバーの記載があるもの）
及び申請者本人の身元確認書類（運転免許証のコピー等）を必ず添付してください。

※氏名変更者が2名以上いる場合は、1人につき1枚ずつ届を記入してください。

処 理 欄					
本人 確 認	個人番号	台 帳	名 簿	連 絡 表	保 險 証
	台 帳				
	身 元		チェッ ク	フ ァ イ ル	
	帳				