

事務長	課長	係

処理欄		
MNS	中間サ-バ-	チェック

## マイナンバー変更登録申出書

被保険者 (変更対象者)	記号	番号	枝番	組合員 所属 事業所	名称	
	鹿歯・鹿歯従				所在地	

組合員	(ふりがな) 氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住所	〒					
	連絡先(電話番号)	( - - )					

変更対象者	(ふりがな) 氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	組合員との続柄						

申出内容	変更後のマイナンバー																		
------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

申請者 氏名 : \_\_\_\_\_ 印

(※自署の場合は押印不要)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

**【必要添付書類】** ※下記をご参照の上、「番号確認書類」と「身元確認書類」を添付してください。

■ マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの場合  
新しいマイナンバーカードの表面と裏面の写し（※表面が身元確認書類、裏面が番号確認書類になります。）

■ マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちでない場合	
① 番号確認書類	} いずれか一つ
<input type="checkbox"/> 住民票（マイナンバーの記載があるもの・原本） <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書（マイナンバーの記載があるもの・原本）	
② 身元確認書類	} いずれか一つ
<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し	
	①と②の書類を、 どちらも添付して ください

※申請者本人以外の方が代理で届け出る際は下記受任欄に記入をしてください。

※代理の方が届け出る場合は、身元確認をさせていただく場合があります。

【受任欄】私は上記の申請者から本申請について委任を受けました。	令和 年 月 日
代理人 住所	代理人 氏名 印
	(※自署の場合は押印不要)