

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合被保険者

住所 変更届
氏名

被保険者 記号番号 <small>(マイナンバーや資格情報通知書、 資格確認書等を確認して記入)</small>	鹿歯・鹿歯従	マイナ保険証 利用登録状況 <small>(いずれかに)</small>	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	組合使用欄 記入不要 <input type="checkbox"/> 登録状況 <input type="checkbox"/> 発行歴 <input type="checkbox"/> 権 <input type="checkbox"/> 通
個人番号				
変更前の <small>(変更がない項目は 記入不要)</small>	住所			
	氏名			
変更後の	住所			
	ふりがな			
	氏名			
変更年月日	年 月 日			

上記のとおり届け出ます。また本届出を代理の者が行う時は下記の者に委任します。

【必須】 変更後の住所及び氏名と所属歯科医院を記入してください

令和 年 月 日

(〒 -)

組合員本人※ 住所

氏名

印

(自宅電話番号 - -)

(所属歯科医院 住所
名称)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※組合員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。(組合員本人とは住所等に変更がある方を指します。)

【受任欄】 私は上記の組合員から本届出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

処 理 欄			担当者印	
本人 確 認	個人番号	台 帳	国保システム	
	台 帳			
	身 元	帳	月次チェック	回 収 交 付
			確 無	確 通 無

国保シ→ MNS	MNS→ 中間S	中間S→ MNS	MNS→ 国保シ	利用登録 状況照会	交付

【必ずお読みください】 必要添付書類

- ① 歯科医師国保に加入する世帯全員分の住民票 原本
(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)
- ② 組合員本人の身元確認書類 (運転免許証のコピー等)
* 代理人が届け出る場合は代理人の身元確認書類 (ただし、
代理人が社労士等で、郵送で届け出る場合は省略可)
- ③ (氏名変更時のみ) 資格確認書
* 資格確認書を所持していない場合は、①②のみ添付して
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。
■ 本様式においては、自署の場合に限り押印省略可とします。

■ マイナ保険証利用登録状況に応じて氏名変更時に交付される書類が異なります。詳細は裏面をご確認ください。
■ 住所変更の場合、資格確認書をお持ちの方は住所欄を手書きで訂正の上、そのままご使用ください。

	<p style="text-align: center;">マイナ保険証</p> 	<p style="text-align: center;">資格情報通知書 (資格情報のお知らせ)</p> 	<p style="text-align: center;">資格確認書</p> 
<p>形状</p>	<p>マイナンバーカード</p>	<p>紙・A4サイズ</p>	<p>紙・はがき型</p>
<p>交付対象</p>	<p>お住まいの市町村へ ご確認ください</p>	<p>マイナ保険証利用登録を している方</p>	<p>マイナ保険証利用登録を していない方</p>
<p>有効期限</p>	<p>マイナンバーカード・電子証明書の有効期 限に準じます</p>	<p>資格喪失まで有効期限がないため大切に 保管してください</p>	<p>最大2年間</p>
<p>備考</p>		<p>本書類はマイナ保険証保有者が自身の被 保険者資格等を簡易に確認できるよう交 付するものであり、本書類単体で医療機 関を受診することはできません。 ※オンライン資格確認を利用できない医療機関で は、マイナ保険証と本書類を一緒に提示するこ とで、保険診療を受けることができます。</p>	<p>マイナ保険証利用登録をしている方には 特段の事情がない限り交付できません。</p>