



受付印

事業所情報変更届

組合員記号番号		—	
変更箇所 <input checked="" type="checkbox"/>	変更前	変更後	
<input type="checkbox"/> 事業所 名称	フリガナ	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 事業所 所在地	〒 —	〒 —	
		TEL ()	
<input type="checkbox"/> 保険証等 送付先	※事業所所在地と同一の場合は不要 保険証等の送付を事業所所在地以外に希望する理由 ()	※事業所所在地と同一の場合は不要 〒 —	
		TEL (日中の連絡先) ()	
変更年月日		令和 年 月 日	
<p>上記のとおり申込みます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>組合員 (医師) 氏名</p> <p>TEL</p> <p>埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様</p>			
委任欄	<p>本届を下記代理人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>組合員 氏名</p> <p>住所</p> <p>代理人 氏名</p> <p>TEL</p>		

【注意事項】

- この用紙は組合員（医師）毎に記入してください。
- 所在地変更に医師会異動を伴う場合は、一度資格喪失のうえ、改めて加入の手続きが必要です。

【添付書類等】

届出者である組合員からの郵送、持込以外（例えば社労士事務所からの郵送や持込）の場合は、委任欄にご記入の上、代理人の身元確認（個人番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示（コピーの添付）が必要です。