

記入例

データ処理

受付印

事業所情報変更届

組合員記号番号	101 - 12345678		
変更箇所 <input checked="" type="checkbox"/>	変更前	変更後	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業所 名称	フリガナ マルマルイイン	フリガナ マルマルナイカクリニック	
	〇〇医院	〇〇内科クリニック	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業所 所在地	〒000-0000 さいたま市浦和区仲町〇-〇-〇	〒000-0001 さいたま市浦和区×町× Aビル1F	
		TEL 000 (000) 0000	
<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 〇〇年 〇月 〇日		
上記のとおり申込みます。 令和 〇〇年 〇月 〇日 住所 さいたま市浦和区仲町〇-〇-〇 組合員 (医師) 氏名 国保 太郎 TEL 000-000-0000 埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様			
委任欄	本届を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	住所 組合員 氏名 住所 代理人 氏名	TEL	

【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。