

変更 伺	常務理事	事務長	係	PC 入力	証訂正	被保険者 台帳訂正

国民健康保険組合員住所氏名変更届

被 記	保 号	険 番	者 号	佐 歯 第	号
変更前	住 所				
	氏 名				
変更後	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
住所の変更年月日					
氏名の変更年月日					

上記の通り届けます。

記入日 年 月 日

〒 ー

組合員（変更後）住 所

氏 名

マイナンバー（12桁）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※氏名欄には、変更がある方全員分のお名前を記入してください。

※現在ご使用の「資格確認書」（変更する方全員分）と住民票（マイナンバー記載なし、3ヶ月以内のもの）を添付してください。家族が加入している場合は世帯全員の住民票を添付してください。なお、「資格情報のお知らせ」の添付は不要です。

※「高齢受給者証」（70歳以上の方）、「限度額適用認定証」をお持ちの方は一緒に提出してください。

変更 伺	常務理事	事務長	係	PC 入力	証訂正	被保険者 台帳訂正

国民健康保険組合員住所氏名変更届

8桁の被保険者番号

被 記 号	保 号	険 番	者 号	佐 齒 第 ○○○○○○○○ 号
変更前	住 所	佐賀市西田代○丁目○番地○		
	氏 名	組 合 花 子		
変更後	住 所	佐賀市西田代△丁目×番地□□		
	フリガナ	コクホ ハナコ		
	氏 名	国 保 花 子		
住所の変更新年月日				令和 ○年○月○日
氏名の変更新年月日				令和 △年△月△日

上記の通り届けます。

記入日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

変更される組合員本人の
新しい住所、氏名を記入

〒 ○○○ - ○○○○

組合員（変更後）住 所 佐賀市西田代△丁目×番地□□

氏 名 国 保 花 子

マイナンバー（12桁）

1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※氏名欄には、変更がある方全員分のお名前を記入してください。

※現在ご使用の「資格確認書」（変更する方全員分）と住民票（マイナンバー記載なし、3ヶ月以内のもの）を添付してください。家族が加入している場合は世帯全員の住民票を添付してください。なお、「資格情報のお知らせ」の添付は不要です。

※「高齢受給者証」（70歳以上の方）、「限度額適用認定証」をお持ちの方は一緒に提出してください。

《書類提出先》

〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2丁目5-24

佐賀県歯科医師国民健康保険組合

TEL 0952-28-7551