住所・氏名変更届

様式第17号

記号・番号（第3種組合員は組合員証番号）	道医 ・ ―	―（准組合員）

准組合員・		准組合員の氏名	准組合員の個人番号(マイナンバー)
	□ 組合員（医師）の世帯に係る変更		
	□ 准組合員(従業員)の世帯に係る変更		

住所変更

変更前		変更後	変更年月日 年 月 日
〒 北海道		〒 北海道	
電話番号	― ―	電話番号	― ―

氏名変更

	変更前			変更後	変更年月日 年 月 日
1	氏名	(姓)	(名)	(ふりがな) (姓)	(名)
	個人番号（マイナンバー）				
2	氏名	(姓)	(名)	(ふりがな) (姓)	(名)
	個人番号（マイナンバー）				
3	氏名	(姓)	(名)	(ふりがな) (姓)	(名)
	個人番号（マイナンバー）				
4	氏名	(姓)	(名)	(ふりがな) (姓)	(名)
	個人番号（マイナンバー）				

【必要書類】 確認して✓をつけてください。

- □ **世帯全員の住民票**（「世帯主名」「続柄」の記載があり、『世帯全員の住民票』と記載のある、発行日より3か月以内のもの）
- □ 資格確認書、限度額適用認定証などの組合から交付されている証等［交付されている場合］

【確認事項】 確認して✓をつけてください。

□ 必要書類として提出する世帯全員の住民票の中に市町村国保の被保険者が含まれていないことを確認しました。

同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。（国民健康保険法第19条第1項）

上記のとおり、**必要書類を添えて**届けます。

届出年月日		令和 年 月 日
組合員（医師）	住所（住民票記載の住所）	北海道
	氏名	
	個人番号（マイナンバー）	

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

支部(医師会)記入欄

受付	年 月 日	支部(医師会)担当者印
台帳整理	年 月 日	
組合宛回送	年 月 日	

届出代行者（担当者）		
	事業所名称	
	担当者氏名	
	連絡先電話番号	― ―

事務局記入欄

台帳入力	お知らせ	資格確認書	組合員証
	有 人	無 人	

回収		
資格確認書		組合員証
回収要	枚	
全回収	済 枚	
	未 枚	

□ 住民票

受付日付印

・各種申請書等で知り得た組合員及び被保険者の情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。
・届け出は支部経由となりますので、事実の生じた日から十四日以内に所属支部（郡市医師会又は医育機関医師会）に提出してください。
・各欄の□には、あてはまるものに✓をつけてください。不備があるときは、再提出をお願いすることがあります。
・住民票上、組合員（又は准組合員）と別世帯の家族（法第百十六条該当者を除く）は、資格喪失となります。
・世帯全員の住民票は個人番号の記載不要。

2024.12.2