

常務理事	理事	事務長	担当者

組合受付

国民健康保険組合・第1種組合員医療機関の業態変更届

(注) 届出は事実発生の日から14日以内に提出願います。

被保険者証番号又は組合証番号	宮医 A	資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
届出区分 (該当を○で囲み年月日を記入)	1. 開設者・事業主の変更(法人設立等)	平成 年 月 日		
	2. 所在地・名称等の変更	平成 年 月 日		
	3. 休業期間(予定)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	4. 閉院(閉院後の勤務予定) ※ 名称、勤務時間は必ずご記入ください。 (閉院後、医業活動をしない場合は資格喪失となります)	閉院年月日	平成 年 月 日	
		勤務先名称		例)週1回等
勤務時間				
5. その他				
事業所	種別	変更前 法人(事業主・勤務・非常勤) 個人(事業主・勤務・非常勤)	変更後 法人(事業主・勤務・非常勤) 個人(事業主・勤務・非常勤)	
	所在地	〒 -	〒 -	
	TEL () - -	TEL () - -		
	医療機関名			
事業主氏名				
上記のとおりお届けします。				
第1種組合員		〒 -	平成 年 月 日(届出日)	
住所 (住民票記載)				
氏名			Ⓜ	
TEL () - -				
【支部記入欄】			D L	
() 支部長	受付・処理年月日	台帳整理	備考	
Ⓜ	平成 年 月 日	Ⓜ		

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。