

常務理事	理事	事務長	担当者

組合日付印



※事実発生の日から14日以内に提出願います。

国民健康保険組合・第1種組合員医療機関の業態変更届			
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・令和 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)		令和 年 月 日
	2. 所在地・名称等の変更		令和 年 月 日
	3. 休業期間(予定) 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	4. 閉院(閉院後の勤務予定)		閉院年月日 令和 年 月 日
	※ 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)		勤務先名称
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	〒 -	〒 -
	医療機関名	TEL () -	TEL () -
	事業主氏名		
上記のとおりお届けします。			
令和 年 月 日(届出日)			
〒 - 住所			
第1種組合員 (医師) 氏名 ㊟			
TEL () -			

※所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください

DL

【支部記入欄】

()支部長	受付・処理年月日	台帳整理	備考
㊟	令和 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。