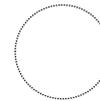


常務理事	理事	事務長	担当者

受付日付印



国民健康保険 被保険者個人番号変更届			
被保険者証等記号番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください、	被保険者証等記号 宮 医	番 号 A	枝番
変更者氏名			
続 柄	1組A ・ 1組C ・ 1組A家 ・ 1組B家 ・ 1組C家 ・ 2組 ・ 2家		
変更年月日	令和 年 月 日		
変更前個人番号			
変更後個人番号			
上記のとおり「変更後の個人番号が確認できる書類」を添えて届けます。			
令和 年 月 日(届出日)			
〒 ー			
住 所			
第1種組合員 氏 名 (医師)			
TEL () ー			
宮城県医師国民健康保険組合理事長 様			

※この届書を提出する際には、変更後の個人番号が確認できる「マイナンバーカードの写し」または「変更後の個人番号が記載された住民票の写し」のいずれかの添付をお願いします。

※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。

事務局処理	マイナンバーシステム上の変更	令和 年 月 日	印
-------	----------------	----------	---