

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズ of 用紙で印刷してください。

乙種組合員の氏名・住所、家族の氏名を変更する場合にご使用ください。

【添付書類
： 原本を提出】

※住民票の添付は不要です。
・ 被保険者証
・ 資格確認書
・ 高齢受給者証などその他の証

変更する項目に✓をつけてください。所変更届 【HP/R6.12】
前と変更後をそれぞれ記入ください。

変更する項目 ※該当するものに✓をつけてください (例：☑氏名のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名のみ	<input type="checkbox"/> 住所のみ	<input type="checkbox"/> 氏名と住所
被保険者記号番号	9	9	9 9 9 9 0 0 2
個人番号	変更の部分のみご記入ください。		
項目	変更前	変更後	
氏名	歯科助手 あい	(フリガナ) ケンコウホケン アイ 健康保険 あい	
住所	【マイナ保険証】について該当するものに✓をつけてください。		
質問	【マイナ保険証】について ※該当するものに✓をつけてください (例：☑登録をしている)	<input checked="" type="checkbox"/> 登録をしている	<input type="checkbox"/> 登録をしていない 登録をしていない場合は「資格確認書」を 組合より送付いたします。

上記のとおり、お届けします。

令和 6年 12月 1日

〒 810 - ××××

組合員住所 (住所変更の場合は新住所) ×××市×××丁目○番地

組合員氏名 (氏名変更の場合は新氏名) 健康保険 あい 保
険
庫
印

福岡県歯科医師会

変更後の住所および氏名をご記入ください。
変更がない場合は現在の住所または氏名をご記入ください。

※添付書類
・ 被保険者証
・ 資格確認書
・ 高齢受給者証などその他の証