（様式27号）

国民健康保険被保険者 住所・氏名 変更届

被保険者証 記号・番号		記号 全歯15	
		番号	
変更前	住所 氏名	（〒　　－　　）	
変更後	住所	（〒　　－　　）	
	フリガナ 氏名		
	電話番号	（　　－　　－　　）	
住所 変更年月日		令和　　年　　月　　日	
氏名 変更年月日		令和　　年　　月　　日	
変更の理由		結婚 ・ 離婚 ・ 転居 ・（　　）	

上記のとおり被保険者証または資格確認書を添えて届けます。
（※住所のみの変更の場合は保険証は添付不要です。

令和　　年　　月　　日

組合員氏名
（届出者本人）

１種組合員氏名
（院長先生）

全国歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

※以下のものを添付して下さい。
・変更後の住民票（続柄記載・世帯全員分のもの）
・変更前の被保険者証または資格確認書
・世帯における保険の加入状況確認書(裏面)

被保険者台帳	証回収	証交付	氏名変更	住所マスタ

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。

住所・氏名　変更届について

住所、氏名変更等の各種届出は国民健康保険法施行規則により、14日以内と定められています。速やかな手続きをお願いします。

世帯における保険の加入状況確認書

住民票上同一世帯の方で、全国歯科医師国民健康保険組合に加入しない家族がいる場合は、下記に記入してください。（市区町村国保に加入または健康保険等に加入していない方は適切な手続きが必要となります。）

全国歯科医師国民健康保険組合に加入申し込みしない家族の健康保険等加入状況	
氏　　名	現在加入している健康保険等
	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） □後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） □後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） □後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） □後期高齢者医療制度　□その他（　　）