様式第7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険組合被保険者住所変更届**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 佐　医　・ |
| 変更前の住所 | 〒　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　－　　　　　－ |
| 変更後の住所 | 〒ＴＥＬ　　　　　　－　　　　　－ |
| 住所変更年　月　日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

上記の通り届出ます。　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日〒　　　　－住　所医師従業員組合員氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の届出を確認しました。（下記については、従業員組合員が申請する場合のみ医師組合員が記入・押印下さい。）　　　　医師組合員氏名（事業主）　　　　　　　　　　　　　　　　㊞佐賀県医師国民健康保険組合理事長　殿 |

住所を変更される場合、記号番号が変更となる場合があります。