　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。