様式第7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険組合被保険者続柄変更届**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 佐　医　　　・ |
| 氏　　　名 |  |
| 変更前の続柄 | 　　　　　　　　　 |
| 変更後の続柄 |  |
| 続柄変更年　月　日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

上記のとおり届けます。　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日〒　　　　－住　所医師従業員組合員氏　名　　　　　　　　　　　　　佐賀県医師国民健康保険組合理事長　殿 |