

届出		提出書類	備考	様式番号
被保険者に関するもの	資格を取得	①被保険者 資格取得届		様式第 1 号
		②世帯全員の住民票の写し	単身世帯でも必ず「世帯全員」分必要	
		③同一住民票の家族の資格情報通知書(お知らせ)または 資格確認書のコピー ★ 1	本組合加入者および 75 歳以上は不要	
		④別紙 1～4 のいずれか		下記※表参照
	資格を喪失	①被保険者 資格喪失届		様式第 7 号
		②別紙 1～4 のいずれか		下記※表参照
		③資格確認書 [発行されている場合]		
		※ 喪失証明書が必要な方は、喪失者の自宅または医療機関に送付します		
	氏名が変更	①被保険者 氏名変更届		様式第 5 号
		②世帯全員の住民票の写し	単身世帯でも必ず「世帯全員」分必要	
		③同一住民票の家族の資格情報通知書(お知らせ)または 資格確認書のコピー ★ 1	本組合加入者および 75 歳以上は不要	
		④別紙 1～4 のいずれか		下記※表参照
		⑤資格確認書 [発行されている場合]		
	住所が変更	①組合員 住所変更届		様式第 9 号
		②世帯全員の住民票の写し	単身世帯でも必ず「世帯全員」分必要	
		③同一住民票の家族の資格情報通知書(お知らせ)または 資格確認書のコピー ★ 1	本組合加入者および 75 歳以上は不要	
		④別紙 1～4 のいずれか		下記※表参照
		⑤資格確認書 [発行されている場合]		
	修学のため 子供の住民票を移すとき	①第 116 条該当・非該当届		様式第 12 号
		②子供の住民票の写し		
		③在学証明書または学生証の写し		
④別紙 1～4 のいずれか			下記※表参照	
資格確認書の 1) 任意記載事項(限度額認定区分)を希望 2) 紛失・破損等	①資格確認書 交付申請書		様式第 4 号	
	④別紙 1, 5 のいずれか ★ 2	甲種組合員: 別紙 1 乙種組合員: 別紙 5	下記※表参照	
医療機関に関するもの	機関住所が変更	医療機関 住所変更届		様式第 6 号
	機関名称が変更	医療機関 名変更届		様式第 8 号


※ 別紙 (5種類)	届出の対象者	提出者		
		甲種組合員	社労士等が代理提出	乙種組合員 [★ 2]のみ
	甲種組合員	別紙 1	別紙 3	
乙種組合員	別紙 2	別紙 4	別紙 5	

★ 1 資格情報通知書(資格情報のお知らせ)がない場合、マイナポータルからPDFを印刷できます。


Webで「マイナポータル」を検索 > マイナポータルにログイン > トップページから[健康保険証]を選択 > 健康保険証の資格情報が表示

Q なぜ、取得届等の添付書類として、「世帯全員の住民票」と「同一住民票の家族の資格情報通知書 または 資格確認書(写し)」を提出するのですか。

A 国民健康保険法 第19条 により、**同一世帯(同一住民票)で、医師国保と市町国保の混在は不可**の為、同一世帯(同一住民票)に市町国保の加入者がいないか、確認するためです。

 混在する場合、下記①～⑨のいずれかを、お願いすることとなります

医療機関	健康保険 (下記いずれの場合にも、「世帯全員の住民票」提出が必要)	(年金)
(1) 法人事業所 (2) 強制適用事業所 (常勤従業員が5名以上) (3) 任意適用事業所 (従業員が5名未満で 厚生年金加入の従業員あり)	常勤労働者 の場合 ①協会けんぽに加入 ②世帯分離して、 医師国保 に加入 (家族は市町国保のまま) ※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要 ※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要 ※一般的に、同居でも経済的に分離した親子であれば世帯分離は認められますが、夫婦間・扶養の子は認められません(分離可否は、市役所が状況を鑑みて判断) ③家族は 市町国保 を脱退し、一緒に 医師国保 に加入	厚生年金
	パートタイム・短時間労働者・非常勤 の場合 ④ 市町国保 に加入 ⑤世帯分離して、 医師国保 に加入 (家族は市町国保のまま) ※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要 ※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要 ⑥家族は 市町国保 を脱退し、一緒に 医師国保 に加入	国民年金
(4) 個人事業所 (厚生年金加入の従業員なし)	常勤労働者・パートタイム・短時間労働者 ⑦ 市町国保 に加入 ⑧世帯分離して、 医師国保 に加入 (家族は市町国保のまま) ※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要 ※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要 ⑨家族は 市町国保 を脱退し、一緒に 医師国保 に加入	

 ⑤⑥では
労働者名簿等、雇用形態の
わかる書類が必要

被保険者資格 取得届

① 加入区分	新規加入・家族追加	③ 資格取得 年月日	令和 年 月 日		
② 記号番号	—				
④ 被保険者となる者					
フリガナ 氏名	組合員 との続柄	性別	⑤ 個人番号(マイナンバー)		⑥ 取得理由
			生年月日	職業	
(1)		男 女	元号 年 月 日		市町国保離脱 社会保険離脱 出生 生活保護廃止 その他 (国保組合離脱等)
(2)		男 女	元号 年 月 日		
(3)		男 女	元号 年 月 日		
(4)		男 女	元号 年 月 日		
(5)		男 女	元号 年 月 日		
上記のとおり必要書類を添えて届けます			年 月 日		⑩ 記入上の注意 (申請者チェック欄)
山口県医師国民健康保険組合 様					
⑦ 組合員 〒 _____ 住所 _____					<input type="checkbox"/> 押印 <input type="checkbox"/> 乙種世帯の加入時は ⑦と⑨に乙種組合員、 ⑩に甲種が記入
氏名 _____ (印)					
個人番号 (マイナンバー) _____					添付書類 <input type="checkbox"/> 世帯全員住民票の写し (世帯の一部は不可) <input type="checkbox"/> 同一住民票の家族の 下記書類コピー ・資格情報のお知らせ ・資格確認書 等 ※本組合加入者と 後期高齢者は不要
⑧ 医療機関名 _____					
■ 乙種組合員世帯の加入 ■					
委任欄	⑨ [乙種組合員]は、本届出を⑩ [甲種組合員(事業主)]に委任します				
	⑨ 乙種組合員 氏名 _____			(印)	
	⑩ 代理人 甲種組合員 氏名 _____ (事業主)			(印)	
<input type="checkbox"/> 組合員の区分により別紙1~4のいずれか ・甲種組合員：1 ・乙種組合員：2 ※提出を社労士等に委託する場合 ・甲種組合員：3 ・乙種組合員：4					

記入サンプル

甲種組合員が加入する場合

Aクリニックを開業する
甲種(医師)が加入



子供も加入



様式第1号

被保険者資格取得届

① 加入区分 新規加入・家族追加		③ 資格取得年月日 令和 年 月 日	
② 記号番号 記入不要			

④ 被保険者となる者				⑤ 個人番号(マイナンバー)	⑥ 取得理由
フリガナ氏名	組合員との続柄	性別	生年月日		
(1)	甲種組合員	男	元号 年 月 日		市町国保離脱 社会保険離脱 出生 生活保護廃止 その他(国保組合離脱等)
(2)	甲種家族	男	元号 年 月 日		
(3)		男	元号 年 月 日		
(4)		男	元号 年 月 日		
(5)		男	元号 年 月 日		

上記のとおり必要書類を添えて届けます

山口県医師国民健康保険組合 様

⑦ 組合員 住所 〒 - 氏名 個人番号(マイナンバー)

⑧ 医療機関名

記入不要

⑩ 記入上の注意(申請者チェック欄)

押印

乙種世帯の加入時は⑦と⑧に乙種組合員、順に甲種が記入

添付書類

世帯全員住民票の写し(世帯の一部は不可)

同一住民票の家族の下記書類コピー
・資格情報のお知らせ
・資格確認書 等
※本組合加入者と後期高齢者は不要

組合員の区分により別紙1~4のいずれか
・甲種組合員: 1
・乙種組合員: 2
※提出を社労士等に委託する場合
・甲種組合員: 3
・乙種組合員: 4

いずれかを○で囲む

⑦の押印を確認

添付書類が必要

家族がB病院で勤務
(病院で社保に加入)



同一住民票に記載された家族が加入する健康保険の種類を確認するため(住民票に記載されていない家族は不要)

別ページに掲載「別紙」で該当する、1~4のいずれかも必要

乙種組合員が加入する場合

乙種(従業員)が加入



子供も加入



乙種(従業員)の委任を受け
甲種(医師)が提出



様式第1号

被保険者資格取得届

① 加入区分 新規加入・家族追加		③ 資格取得年月日 令和 年 月 日	
② 記号番号 記入不要			

④ 被保険者となる者				⑤ 個人番号(マイナンバー)	⑥ 取得理由
フリガナ氏名	組合員との続柄	性別	生年月日		
(1)	乙種組合員	男	元号 年 月 日		市町国保離脱 社会保険離脱 出生 生活保護廃止 その他(国保組合離脱等)
(2)	乙種家族	男	元号 年 月 日		
(3)		男	元号 年 月 日		
(4)		男	元号 年 月 日		
(5)		男	元号 年 月 日		

上記のとおり必要書類を添えて届けます

山口県医師国民健康保険組合 様

⑦ 組合員 住所 〒 - 氏名 個人番号(マイナンバー)

⑧ 医療機関名

記入不要

⑩ 記入上の注意(申請者チェック欄)

押印

乙種世帯の加入時は⑦と⑧に乙種組合員、順に甲種が記入

添付書類

世帯全員住民票の写し(世帯の一部は不可)

同一住民票の家族の下記書類コピー
・資格情報のお知らせ
・資格確認書 等
※本組合加入者と後期高齢者は不要

組合員の区分により別紙1~4のいずれか
・甲種組合員: 1
・乙種組合員: 2
※提出を社労士等に委託する場合
・甲種組合員: 3
・乙種組合員: 4

いずれかを○で囲む

⑦⑨⑩の押印とそれぞれの氏名等を記入[3ヶ所]

添付書類が必要

家族が会社員
(会社で社保に加入)



同一住民票に記載された家族が加入する健康保険の種類を確認するため(住民票に記載されていない家族は不要)

別ページに掲載「別紙」で該当する、1~4のいずれかも必要

被保険者資格喪失届

① 記号番号	—	② 資格喪失 年月日	令和 年 月 日 <small>喪失日の翌日を記載[記載日前日まで資格有効] ※ 退職の場合：退職日の翌日を記載</small>
--------	---	---------------	---

③ 資格を喪失する者

④ 個人番号(マイナンバー) 氏名	組合員 との続柄	⑤ 喪失理由	備考
(1)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(2)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(3)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(4)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(5)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	

⑥ 喪失証明書 (必要な場合のみ)

送付先 [喪失者の自宅 ・ 医療機関]

上記のとおり必要書類を添えて届けます

年 月 日

山口県医師国民健康保険組合 様

⑦ 組合員 住 所 〒 _____

氏 名 (印)

個人番号 (マイナンバー)

⑧ 医療機関名

■ 乙種組合員世帯の喪失 ■

⑨[乙種組合員]は、本届出を⑩[甲種組合員(事業主)]に委任します

⑨ 乙種組合員 氏名 (印)

⑩ 代理人
甲種組合員 氏名 (事業主) (印)

委任欄

⑪ 記入上の注意 (申請者チェック欄)

- 押印
- 乙種世帯の喪失時は
⑦と⑨に乙種組合員、
⑩に甲種が記入

添付書類

- 資格確認書(返却)
※発行されている場合
- 組合員の区分により
別紙1～4のいずれか
・甲種組合員：1
・乙種組合員：2
※提出を社労士等に
委託する場合
・甲種組合員：3
・乙種組合員：4

記入サンプル

甲種組合員が喪失する場合

・資格情報のお知らせ
・資格確認書
に記載の記号番号

甲種（医師）が喪失



組合員が資格喪失すると、家族も喪失



様式第7号

被保険者資格喪失届

① 記号番号 ② 資格喪失 令和 年 月 日
年 月 日 喪失日の翌日を記載 記載日前日まで資格有効
※退職の場合：退職日の翌日を記載

④ 個人番号(マイナンバー) 氏名	組合員との続柄	⑤ 喪失理由	備考
(1)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(2)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(3)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(4)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(5)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	

⑥ 喪失証明書（必要な場合のみ） 送付先【喪失者の自宅・医療機関】

上記のとおり必要書類を添えて届けます

山口県医師国民健康保険組合 様 年 月 日

⑦ 組合員 氏名 住所 氏名 個人番号(マイナンバー) 印

⑧ 医療機関名

■ 乙種組合員世帯の喪失 ■

委任欄

⑨ 乙種組合員 氏名 印

⑩ 代理人 甲種組合員 氏名 (専業主婦) 印

⑪ 記入上の注意 (申請者チェック欄)

押印

二 乙種世帯の喪失時は
⑨と⑩に乙種組合員、
⑪に甲種が記入

添付書類

資格確認書(返却)
※発行されている場合

組合員の区分により
別紙1～4のいずれか
・甲種組合員：1
・乙種組合員：2
※提出を社労士等に
委託する場合
・甲種組合員：3
・乙種組合員：4

記入不要

【記載日に注意】

資格が"●年3月31日"
までとなる場合、
喪失日は"●年4月1日"

いずれかを○で囲む

次に加える健康保険のために
「喪失証明書」が必要な場合、
送付先を選択

⑦の押印を確認

添付書類が必要

返却が必要

別ページに掲載「別紙」で
該当する、1～4のいずれ
かも必要

乙種組合員が喪失する場合

・資格情報のお知らせ
・資格確認書
に記載の記号番号

乙種が退職により喪失



組合員が資格喪失すると、家族も喪失



乙種（従業員）の委任を受け
甲種（医師）が提出



様式第7号

被保険者資格喪失届

① 記号番号 ② 資格喪失 令和 年 月 日
年 月 日 喪失日の翌日を記載 記載日前日まで資格有効
※退職の場合：退職日の翌日を記載

④ 個人番号(マイナンバー) 氏名	組合員との続柄	⑤ 喪失理由	備考
(1)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(2)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(3)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(4)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(5)		市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	

⑥ 喪失証明書（必要な場合のみ） 送付先【喪失者の自宅・医療機関】

上記のとおり必要書類を添えて届けます

山口県医師国民健康保険組合 様 年 月 日

⑦ 組合員 氏名 住所 氏名 個人番号(マイナンバー) 印

⑧ 医療機関名

■ 乙種組合員世帯の喪失 ■

委任欄

⑨ 乙種組合員 氏名 印

⑩ 代理人 甲種組合員 氏名 (専業主婦) 印

⑪ 記入上の注意 (申請者チェック欄)

押印

乙種世帯の喪失時は
⑨と⑩に乙種組合員、
⑪に甲種が記入

添付書類

二 資格確認書(返却)
※発行されている場合

組合員の区分により
別紙1～4のいずれか
・甲種組合員：1
・乙種組合員：2
※提出を社労士等に
委託する場合
・甲種組合員：3
・乙種組合員：4

【記載日に注意】

退職日が"●年3月31日"
の場合、喪失日は"●年4月1日"
※退職日以降も加入し続けることは
できません。
※協会けんぽ等の「継続加入」制度
はありません

いずれかを○で囲む

次に加える健康保険のために
「喪失証明書」が必要な場合、
送付先を選択

⑦⑨⑩の押印と
それぞれの氏名等を
記入【3ヶ所】

添付書類が必要

返却が必要

別ページに掲載「別紙」で
該当する、1～4のいずれ
かも必要

国民健康保険法第116条 該当・非該当 届

① 記号番号	—		② 個人番号 (マイナンバー)						
			③ 氏名						
④ 住所	〒 _____								
⑤ 該当(非該当) 年 月 日									
⑥ 学校	名称								
	所在地								
	修学年限		在学年						
上記のとおり必要書類を添えて届けます				⑪ 記入上の注意 (申請者チェック欄)					
山口県医師国民健康保険組合 様				年 月 日					
⑦ 組合員 住所 〒 _____				<input type="checkbox"/> 押印 <input type="checkbox"/> 乙種世帯の届出時は ⑦と⑨に乙種組合員、 ⑩に甲種が記入					
氏名				印					
個人番号 (マイナンバー)				<input type="checkbox"/> ③の世帯全員の 住民票の写し (世帯の一部は不可)					
⑧ 医療機関名				<input type="checkbox"/> 在学証明書 (該当届提出時)					
■ 乙種組合員世帯の届出 ■				<input type="checkbox"/> 組合員の区分により 別紙1~4のいずれか ・甲種組合員：1 ・乙種組合員：2 ※提出を社労士等に 委託する場合 ・甲種組合員：3 ・乙種組合員：4					
委任欄	⑨[乙種組合員]は、本届出を⑩[甲種組合員(事業主)]に委任します								
	⑨ 乙種組合員 氏名				印				
	⑩ 代理人 甲種組合員 氏名 (事業主)				印				

国民健康保険 資格確認書 交付申請書

山口県医師国民健康保険組合 理事長殿

申請日 令和 年 月 日

組 合 員	被保険者記号(5桁-2桁)						
	氏名					生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号					電話番号	- -
	住所	〒 -					
以下の者について、資格確認書の交付を申請します。							
本 人	<input type="checkbox"/> 組合員本人				申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ()	
					任意記載事項を (限度額認定区分等) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
家 族 1	(フリガナ)					申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ()
	氏名						
	個人番号					任意記載事項を (限度額認定区分等) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日					
家 族 2	(フリガナ)					申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ()
	氏名						
	個人番号					任意記載事項を (限度額認定区分等) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日					

(注意事項)

※ マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録をしていない方には申請によらず資格確認書が交付されるため、この申請は必要ありませんが、「任意記載事項(限度額認定区分)」の記載を希望する場合は、本申請が必要です。

※ 申請理由については、以下から当てはまるものを選択してください。

1. 紛失	マイナンバーカードまたは資格確認書の紛失
2. カード返納	マイナンバーカードを返納
3. 介助	介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である
4. その他	マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けられない事情等、具体的に記載

※ 任意記載事項については、「希望する」を申請いただければ、高額療養費の適用区分や特定疾病の自己負担限度額の区分等を記載した「資格確認書」を交付しますので、別途、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証等の交付を受ける必要はありません。

※ 申請受理後、「資格確認書」を交付し、原則として甲種組合員あてに送付します。

甲種組合員及びその家族に関する届出を
甲種組合員が提出する場合

甲種組合員 氏名	
-------------	--

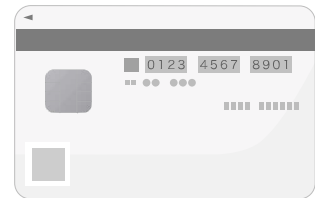
甲種組合員の



マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)
または
通知カード(コピー)

番号
確認

マイナンバー面の貼り付け



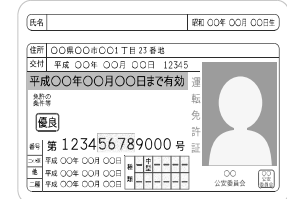
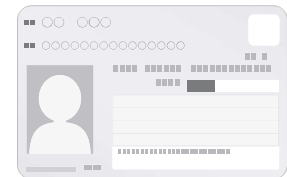
甲種組合員の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)
または
運転免許証(コピー)
または
パスポート(コピー)

身元
確認

顔写真面の貼り付け



※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください


- ・資格確認書
- ・住民票(6ヶ月以内)
- ・戸籍謄本、戸籍抄本
- ・年金手帳 等

甲種組合員

乙種組合員及びその家族に関する届出を
甲種組合員(代理人)が提出する場合

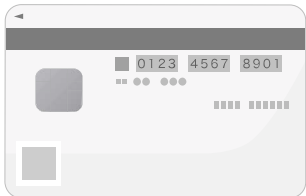

甲種組合員 氏名	
-------------	--

乙種組合員の
番号確認の


乙種組合員(従業員)の 

マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)
または
通知カード(コピー)

マイナンバー面の貼り付け

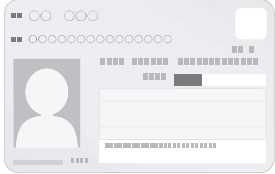
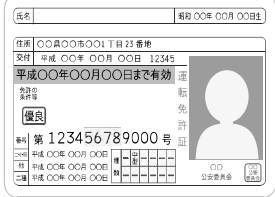




甲種組合員の
身元確認の

甲種組合員(事業主)の 

マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)
または
運転免許証(コピー)
または
パスポート(コピー)

顔写真面の貼り付け



※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください

- ・資格確認書
- ・住民票(6ヶ月以内)
- ・戸籍謄本、戸籍抄本
- ・年金手帳 等

甲種組合員及びその家族 に関する届出を
代理人(社労士等) が提出する場合

私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。

年 月 日

甲種組合員氏名

印

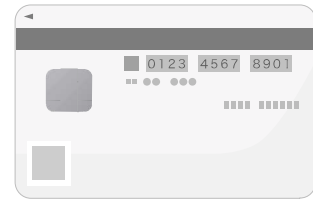
代 理 人 (社労士事務所等)	住 所	
	名 称	
	担当者氏名	

甲種組合員の
番号確認

甲種組合員(従業員)の



マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)
または
通知カード(コピー)

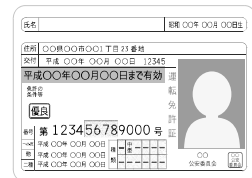
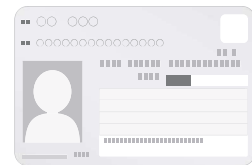


代理人(社労士等)の
身元確認

代理人(社労士等)の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)
または
運転免許証(コピー)
または
パスポート(コピー)



乙種組合員及びその家族に関する届出を
代理人(社労士等)が提出する場合

私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。

年 月 日

甲種組合員氏名

印

代 理 人 (社労士事務所等)	住 所	
	名 称	
	担当者氏名	

乙種組合員
番号確認

乙種組合員(従業員)の



マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)
または
通知カード(コピー)

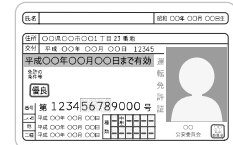
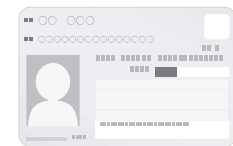


甲種組合員
身元確認

甲種組合員(事業主)の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)
または
運転免許証(コピー)
または
パスポート(コピー)



※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください

- ・資格確認書
- ・住民票(6ヶ月以内)
- ・戸籍謄本、戸籍抄本
- ・年金手帳 等

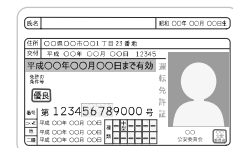
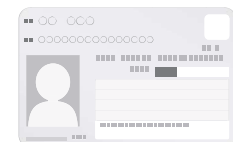
右の3枚を
(重ねて)
貼付けて
下さい

代理人(社労士等)の
身元確認

代理人(社労士等)の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)
または
運転免許証(コピー)
または
パスポート(コピー)



乙種組合員及びその家族に関する届出を
乙種組合員が提出する場合

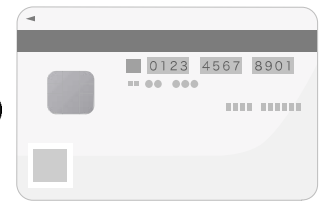
乙種組合員
氏名

番号確認

乙種組合員の



マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)
または
通知カード(コピー)



マイナンバー面の貼り付け

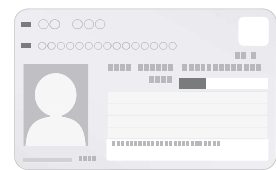
乙種組合員

身元確認

乙種組合員の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)
または
運転免許証(コピー)
または
パスポート(コピー)



顔写真面の貼り付け



※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください

- ・資格確認書
- ・住民票(6ヶ月以内)
- ・戸籍謄本、戸籍抄本
- ・年金手帳 等

医療機関住所 変更届	
① 記号番号	
② 変更前の住所	
③ 変更後の住所	〒 _____
<p>医療機関の住所の変更がありましたので、上記のとおり届けます</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山口県医師国民健康保険組合 様</p> <p style="text-align: center;">④ 医療機関住所 〒 _____</p> <p style="text-align: center;">⑤ 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">⑥ 甲種組合員氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>	

記入上の注意

住所に変更があった場合、国民健康保険法施行規則によって14日以内に届け出なければなりません。

⑤ 「医療機関名」は正確に記入のこと。

医療法人の場合、「医療法人〇〇会〇〇医院」等と詳細に記入のこと。

医療機関名 変更届	
① 変更前の 医療機関名	
② 変更後の 医療機関名	
③ 医療機関名を 変更する日	年 月 日
<p>医療機関名の変更がありましたので、上記のとおり届けます</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山口県医師国民健康保険組合 様</p> <p style="text-align: center;">④ 医療機関住所 〒 _____ - _____</p> <p style="text-align: center;">⑤ 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">⑥ 甲種組合員氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div>	

記入上の注意

②と⑤の「医療機関名」は正確に記入のこと。

医療法人の場合、「医療法人〇〇会〇〇医院」等と詳細に記入のこと。