様式第５号-２

決裁	課長	係長	係
	令和　年　月　日		

処理欄	入力	照合	証交付

個

被保険者変更届

※変更ある箇所のみ☑をつけ、変更前と変更後を記入してください。

被保険者証	記号	８６－	番号	

変更前	変更後
□ 自宅住所 〒　－ 電話　（　）	□ 自宅住所 〒　－ 電話　（　）
□ 氏名　フリガナ	□ 氏名　フリガナ
□ その他	□ その他

変更年月日　令和　年　月　日

当組合加入者の方で、変更事項がある方の氏名と個人番号を右に記入してください。 個人番号	組合員氏名	家族氏名
	家族氏名	家族氏名
	家族氏名	家族氏名

上記のとおり届け出ます。

令和　年　月　日

組合員　※変更する組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

〒　－

住所　　電話番号　－　－

氏名　　（自署）　個人番号

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

事業主確認欄 ※事業主（医師組合員）及びその家族の変更時は記入不要

１．上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。　事業主名（医師組合員）　（自署）

処理印　　受付印

※世帯全員記載の住民票（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）と被保険者証を添付してください。
※医師国保に加入していない家族がいる場合には、裏面も記入し、必要な場合には被保険者証の写しを添付してください。
※代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

１．医師国保に加入していない家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合は、下記に記入してください。また、加入後に同一世帯になった家族がいる場合は、その人の保険証の写しを添付してください。

東京都医師国民健康保険組合に加入してい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
(氏)	(名)	□ 社　保　□ 任意継続　□ 医師国保　□ その他の国保組合 □ 後期高齢者医療制度　□ その他（　　）
(氏)	(名)	□ 社　保　□ 任意継続　□ 医師国保　□ その他の国保組合 □ 後期高齢者医療制度　□ その他（　　）
(氏)	(名)	□ 社　保　□ 任意継続　□ 医師国保　□ その他の国保組合 □ 後期高齢者医療制度　□ その他（　　）
(氏)	(名)	□ 社　保　□ 任意継続　□ 医師国保　□ その他の国保組合 □ 後期高齢者医療制度　□ その他（　　）

２．代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。

委　任　状

代　理　人

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への変更の手続きを委任します。

令　和　　年　　月　　日

委　任　者
第１種・第３種組合員
事業主（雇用主）

下記に、代理人の身分証の写しを貼付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

身分証　貼付欄