様式第５号−２

表　面

長	係
令和　年　月　日	

処理欄	入力	照合	交付
			資格情報通知書
			資格確認書

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。

※世帯全員記載の住民票（３か月以内に発行されたもの）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、等全て記載されたもの）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。

被保険者	記　号	８６－　001	番　号	1234

変　更　前	変　更　後
☑ 自宅住所 〒○○○－○○○○　○○区○○１－１－１ 電話　（　）	☑ 自宅住所 〒○○○－○○○○　○○区○○２－２－２ 電話　（　）
□ 氏 名　フリガナ　○○　○○ ○○　○○	□ 氏 名　フリガナ　○○　○○ ○○　○○
□ その他	□ その他

変更する事項の変更前、変更後を記入してください。

変　更　年　月　日　　令和　○○　年　○○　月　○○　日

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

上記にて変更事項がある方の氏名と個人番号（マイナンバー）を記入してください。

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　○○区○○２－２－２　　電話番号　０３－○○○○－○○○○

氏　名　○　○　○　○　　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）　○　○　○　○

処理印　　受付印

事業主の変更の場合は、記入不要です。
従業員の変更の場合は、事業主の氏名を記入してください。

裏面

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
なった家族がいる場合は「被保険者証」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１

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		
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)		国保組合 ）
(氏)		国保組合 ）
(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（　　）

住民票同一世帯で医師国保以外の健康保険をお持ちの方がいる場合は氏名と健康保険の種類を記入してください。

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）

代理人を通じて届け出をする場合は、上記の委任状に記入のうえ、ここに代理人の方の身分証の写しを貼付してください。