様式第５号

決裁	課　長	係　長	係
	令和　　年　　月　　日		

処理欄	入力	照合

事

事　業　所　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	記　号	８６－	番　号	

変　更　前	変　更　後
□ 事業所所在地 〒　　－ 電話　　（　　）	□ 事業所所在地 〒　　－ 電話　　（　　）
□ 事業所名	□ 事業所名
□ 事業所形態　□ 個　人　□ 法　人	□ 事業所形態　□ 個　人　□ 法　人
□ 医療機関コード	□ 医療機関コード
変　更　年　月　日　　令　和　　年　　月　　日	

休業・休職・閉院の場合は下記及び裏面も記入してください。

令和　　年　　月　　日から 休 業　・　休 職　・　閉 院 ※いずれかに〇をしてください	（理由）

※休業・休職・閉院をしても、継続して医師国保に加入する場合は、裏面記載の医療・福祉の事業又は業務に従事していることの証明書の添付が必要です。
※医療・福祉の事業又は業務に従事されない場合は資格喪失となります。

上記のとおり届け出ます。

令和　　年　　月　　日

氏　　名

医師組合員　現 住 所（自宅）

電話番号（医療機関）　　－　　－

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

処 理 印　　受 付 印

※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．休業・休職・閉院後の状況について、下記の該当する箇所に☑を入れ、そのことが証明できるものを添付してください。

□医師、看護師、介護士等を育成する教育機関等の教師（講師）

□審査支払機関における診療報酬明細書等の審査に携わる者

□学校医、産業医、警察医、嘱託医(児童福祉施設)、園医、検案業務に携わる者、代務診療を行う者

□公衆衛生活動に携わる者、検査・健診業務に携わる者及び救命救急の業務に携わる者

□研究機関において医学・医療・福祉に関する調査・研究・教育を行う者

□東京都医師会、東京都内地区医師会及び大学医師会等、その他医療関係機関の役員、委員及び代議員

□国又は地方自治体(公共団体を含む)の所管している外部審議会等の委員

□その他医師会等の事業又は業務に携わる者

□その他（　　）

例)

①在籍証明書

②出勤簿・タイムカード等（氏名、事業所の名称、所属部署などが確認できるもの）

③身分証及び学生証の写し

④その他雇用関係を示すもの

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事業所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