

| | | | | | |
|-------|------|------|------|-------|----|
| 理 事 長 | 副理事長 | 常務理事 | 常務理事 | 事 務 長 | 担当 |
| | | | | | |

第一種・第三種組合員 国民健康保険被保険者変更届（業務）

| | | | |
|--------|----------|------|--|
| 被保険者番号 | | 氏 名 | |
| 変更年月日 | 令和 年 月 日 | 変更理由 | |
| 変 更 前 | | | |
| 変 更 後 | | | |

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

第一種組合員 住 所
 第三種組合員
 氏 名

⑨

秋田県医師国民健康保険組合理事長 様

【添付書類】

変更理由の関係書類

- 閉院・交代後、医療業等を行わない場合・・・医療機関の閉院を確認できる書類
- 閉院・交代後、医療業等を行う場合・・・雇用契約書等の写し