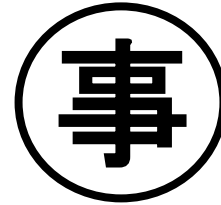


決 裁	課長	係長	係
	令和	年	月 日

処 理 欄	入力	照合



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。

※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。

被保険者証	記号	86-	番号	
変更前		変更後		
<input type="checkbox"/> 事業所所在地 〒 - 電話 ()		<input type="checkbox"/> 事業所所在地 〒 - 電話 ()		
<input type="checkbox"/> 事業所名		<input type="checkbox"/> 事業所名		
<input type="checkbox"/> 事業所形態 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人		<input type="checkbox"/> 事業所形態 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人		
<input type="checkbox"/> 医療機関コード		<input type="checkbox"/> 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○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(自署)
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

