

《記入例を参考にご記入下さい》

変 更 届			
記 号 番 号	医 第二種 -00000	組 合 員 氏 名	都 山 一 郎
区 分		変 更 前	変 更 後
	開 設 者 氏 名 (理 事 長 氏 名)	都 山 一 郎	都 山 一 郎
	管 理 者 氏 名	都 山 一 郎	都 山 一 郎
	所 属 地 区 医 師 会	京 都 北 地 区 ○○ 班	京 都 北 地 区 ○○ 班
	地 区 医 師 会 会 員 区 分	A	A
医 療 機 関 名 称	変 更 前	都 山 医 院	
	変 更 後	都 山 クリニック	
変 更 後 の 医 療 機 関 所 在 地	〒 1 1 1 - 1 1 1 8		
	京 都 市 北 区 ○○○ 町 5 番 地 34		
	電 話 番 号	075 - 1234 - 4321	
	FAX 番 号	075 - 1234 - 4322	
変 更 年 月 日	平 成 21 年 10 月 1 日		
変 更 理 由	医 療 機 関 所 在 地 と 名 称 の 変 更		
所 属 支 部 長 経 由 欄	平 成 年 月 日		
	支 部 支 部 長		

上記のとおり届けます。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

事業主の署名

法人事業所の場合は理事長の署名

平成 21 年 10 月 5 日

この書類を記入された日

組合員氏名
(事業主名)

京 都 市 北 区 ○○○ 町 5 番 地 1
都 山 医 院
都 山 一 郎

都 山