住 所 ・ 氏 名 変 更 届 の 注 意 点

【提出書類チェックリスト】

組合様式	１☐ 住所・氏名変更届《様式第５号》 ２☐ マイナンバー記入票《様式第１・２・５・８号－２》 ３☐ 健康保険加入状況確認書（この書類の下部）
準備書類	４☐ 世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）*←提出漏れの無いようご注意ください* ５☐ 交付済みの資格確認書 ６☐ 提出者（事業主、または、准組合員）の身元確認書類 （運転免許証のコピー等、顔写真のある証明書類１点。または、その他の証明書類２点）

【注意事項】

＊ 単独の加入でも世帯全員の住民票（交付日から３ヶ月以内のもの）が必要です。加入しない家族のマイナンバーが記載されている場合は、油性マジック等の復元できない方法で黒く塗りつぶし番号が見えないようにしてください。

【提出前の再確認】

・住所氏名変更届に記入漏れ、押印漏れはありませんか。
・新しい住所の電話番号もしくは、携帯番号は記載されていますか。
・署名欄に事業主の署名が記載されていますか。
・交付済みの資格確認書の添付がありますか。

----------切り取り線----------

健 康 保 険 加 入 状 況 確 認 書
（住所・氏名変更）

・住民票にお名前の記載がある方の健康保険についてご記入ください。
・同一世帯に市町村国保加入者がいる場合は当組合にご加入いただくこととなります。
・本人およびすでに当組合に加入されている方は記入不要です。

氏名	続柄	加入保険
		市町村国保　協会けんぽ　その他（　）
		市町村国保　協会けんぽ　その他（　）
		市町村国保　協会けんぽ　その他（　）
		市町村国保　協会けんぽ　その他（　）
		市町村国保　協会けんぽ　その他（　）

令和　　年　　月　　日

（准）組合員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第５号

マイナンバーは、マイナンバー記入票
（様式第１・２・５・８・42・43号－２）に記入

事務長	確認	業務係	証回収

住所・氏名変更届

記号番号	医　　－	（准）組合員 氏名	

	変更前	変更後
ﾌﾘｶﾞﾅ		
氏名		
住所	〒　　－ 電話番号 （携帯番号）　　－　　－ FAX番号　　－　　－	〒　　－ 電話番号 （携帯番号）　　－　　－ FAX番号　　－　　－

変更理由	
変更年月日	令和　　年　　月　　日

上記のとおり世帯全員の住民票を添えて届けます。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和　　年　　月　　日

組合員氏名
（事業主名）

提出者（事業主、または、准組合員）以外の代理人（社会保険労務士等）が提出をされる場合は、
下記の委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

【委任欄】
私は、下記の者を代理人と定め、
この届出を依頼します。
令和　　年　　月　　日

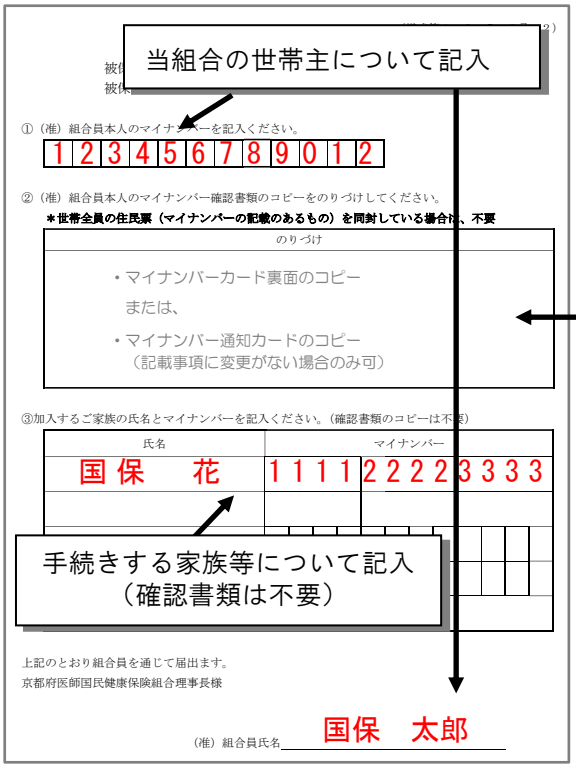
受任者 （代理人）	氏名
委任者 （提出者）	氏名

組合記入欄	本人確認		確認書類廃棄		マイナ保険証利用
					あり・　なし
	番号確認		身元確認		
	□マイナンバーカード（裏） □通知カード □住民票 その他（　　）		□マイナンバーカード（表） □運転免許証　□パスポート 次の２点 □資格確認書　□年金手帳 □住民票　□源泉徴収票 □納税通知書　その他（　　）		

個人番号（マイナンバー）制度への対応について

マイナンバー制度が開始されたことにより、当組合の各種届出書類に**「マイナンバーの記入と確認書類の添付」、「提出者（事業主、または、(准)組合員）の身元確認書類の添付」**が必要となりました。
下記参照のうえ、各種届出書類と合わせてご提出をいただきますようお願いいたします。

１．マイナンバー記入票にマイナンバーを記入



２．マイナンバーの確認書類を添付

＊世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、不要

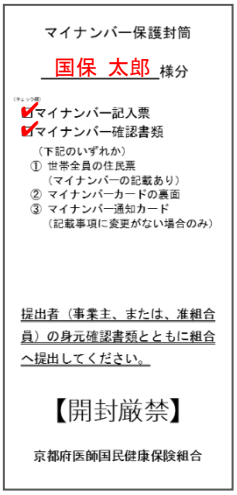
・マイナンバーカード裏面のコピー

または、

・マイナンバー通知カードのコピー
（記載事項に変更がない場合のみ可）

をのりづけください。

３．マイナンバー記入票を保護封筒に入れる



住民票にマイナンバーの記載がある場合は、同封してください。

４．提出者（事業主、または、(准)組合員）の身元確認書類とともに当組合へ提出

【提出者の顔写真のある証明書類１点】
マイナンバーカード表面のコピー、
運転免許証のコピー、パスポートのコピー等

【困難な場合は、次のうちから２点】
資格確認書（写）、年金手帳（写）、住民票、
源泉徴収票（写）、納税通知書（写）

＊代理人（社会保険労務士等）が提出をされる場合は、委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

追跡が可能な簡易書留や特定記録郵便またはレターパックプラス･ライトなどで送付ください。
→を切り取りのうえ、封筒に貼ってご使用ください。

〒604-8418
京都市中京区西ノ京東栂尾町６番地
京都府医師会館７Ｆ

京都府医師国民健康保険組合　資格担当　行

（様式第１・２・５・８・42・43 号－２）

被保険者資格取得届、資格確認書等再交付申請書、住所・氏名変更届、
被保険者資格喪失届、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書、
資格確認書交付申請書の２（**マイナンバー記入票**）

①（准）組合員本人のマイナンバーを記入ください。

②（准）組合員本人のマイナンバー確認書類のコピーをのりづけしてください。

＊世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、貼付不要

＊通知カードは氏名、住所等が住民票の記載と一致している場合のみ使用可能

のりづけ
・マイナンバーカード裏面のコピー または、 ・マイナンバー通知カードのコピー （記載事項に変更がない場合のみ可）

③ 手続き（加入・変更・喪失・再交付等）するご家族の氏名とマイナンバーを記入ください。
（確認書類のコピーは不要）

氏名	マイナンバー											

上記のとおり組合員を通じて届出ます。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

（准）組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【マイナンバーの利用目的について】

当組合は、被保険者のマイナンバーを、番号法別表第４４項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

マイナンバー保護封筒

＿＿＿＿＿＿＿＿様分

〈チェック欄〉

□マイナンバー記入票

□マイナンバー確認書類
（下記のいずれか）
① 世帯全員の住民票
（マイナンバーの記載あり）
② マイナンバーカードの裏面
③ マイナンバー通知カード
（記載事項に変更がない場合のみ）

必ず封をしてください。

提出者（事業主、または、（准）組合員）の身元確認書類とともに組合へ提出してください。

【開封厳禁】

京都府医師国民健康保険組合

のりしろ

②山折り

のりしろ

のりしろ

③山折り

のりしろ

①山折り

のりしろ

④山折り

【マイナンバー保護封筒の作り方】

1.山折り線をもとに山折りします。

2.一度開き

3.マイナンバー記入表よびマイナンバーの確認できる書類を入れます。

4.□のいくつかを□にチェックします。

5.まちがいがないか確認のうえ、ほかの書類とともに提出ください。