

理事長	常務理事	事務長	担当者	資格証	台帳	D I R
				回		
				発		

医療機関所在地・名称変更届

被保険者の記号・番号		記号	番号
		千医国	
医療機関所在地	変更前	〒 ー TEL () () ()	
	変更後	〒 ー TEL () () ()	
医療機関名	変更前	ふりがな	
	変更後	ふりがな	
変更年月日		令和 年 月 日	

上記のとおり、必要書類を添えてお届けいたします。

令和 年 月 日

第1種（特別）組合員 （事業主）	医療機関所在地
	医療機関名称
	氏 名 ⑨

千葉県医師国民健康保険組合 様