

理事長	常務理事	事務局長	担当者

保険医療機関（療養取扱機関）変更届

被保険者証番号 組合員証番号		
(新)保険医療機関 の記号・番号	※ 未定の場合は空白でお願いします。	
変更前の 医療機関情報	郵便番号 住所 医療機関名称 電話番号	
変更後の 医療機関情報	郵便番号 住所 医療機関名称 電話番号	
変更事由 (変更事由に○を 付けてください)	1 法人化 2 移転・所在地変更 3 個人事業所の開設者の交代 4 法人事業所の理事長の交代 ※上記3・4の場合は承諾書の添付の確認をお願いします。 5 勤務先変更 6 医療機関廃止	
	医療機関廃止後の活動（どちらかに○を付けてください） 1 裏面の判定基準にある医療又は福祉の事業に従事する 公的な機関が発行する証明書類等客観的な証拠書類の添付が必要です。 2 裏面の判定基準にある医療又は福祉の事業に従事しない 組合員の資格の継続ができなくなります。	
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">住民票記載の 住所をお書き ください。</td> <td style="padding: 2px;">郵便番号 住所 電話番号</td> </tr> </table>	住民票記載の 住所をお書き ください。
住民票記載の 住所をお書き ください。	郵便番号 住所 電話番号	
変更(廃止)年月日	年 月 日	
7 その他 ()		

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。
(組合員証及び被保険者証の記載に変更のない場合は添付不要)

年 月 日

組合員住所 〒

氏 名

㊟

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

当組合の組合員が従事する医療及び福祉の 事業又は業務の種類は次のとおりです (判定基準)

- 1 医療機関又は福祉施設の開設者又は管理者
- 2 医療機関又は福祉施設に勤務する医師
- 3 組合事務所に使用される者
- 4 上記1及び2に該当しないが、医師等の国家資格を有する専門職としての次の事業又は業務に携わる者（非常勤勤務者を含む。）
 - ア 医師、看護師、介護士等を育成する教育機関等の教師（講師）
 - イ 審査支払機関における診療報酬明細書等の審査に携わる者
 - ウ 学校医、産業医、警察医、嘱託医（児童福祉施設）、園医、検案業務に携わる者、代務診療を行う者
 - エ 公衆衛生活動に携わる者、検査・健診業務に携わる者及び救急科専門医の認定を受け、救急救命の業務に携わる者
 - オ 研究機関等において医学・医療・福祉に関する調査・研究・教育を行う者
 - カ 医師会・国民健康保険組合等、その他医療関係機関の役員、委員及び議員等
 - キ 国又は地方自治体（公的団体を含む。）の所管している外部審議会等の委員
 - ク その他医師会等の事業又は業務に携わる者

○ 公的な機関が発行する証明書類等客観的な証拠書類の例

確認事項	証拠書類
・勤務状況	<ul style="list-style-type: none"> ・労働者名簿 ・源泉徴収票 ・出勤簿 ・報酬月額算定基礎届 <ul style="list-style-type: none"> ・確定申告書の写し ・納税通知書 ・雇用保険被保険者証 <p style="text-align: center;">（厚生年金保険適用の場合）</p>
・資格者	・認定書
・各種委員	<ul style="list-style-type: none"> ・委嘱状 ・指定証
・講師等	<ul style="list-style-type: none"> ・在籍証明書 ・契約書
・役員	・選任届
上記以外に客観的証拠たる書類	