

氏名・所属医師会・会員区分
住所・遺族給付受取人

日本医師会
年金

加入者届出事項変更届－1

記入日	令和 年 月 日
-----	----------

* 記入日が未記入の場合は、受付日とします。

日本医師会 御中

太枠内は必ずご記入ください。

フリガナ				(鮮明に)		フリガナ			
加入者氏名 (被保険者名)						変更された 場合のみ 旧氏名			
医籍登録番号 (証券番号)	第	号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	変更項目5の場合は 印鑑証明書の印	
所属医師会	都 道 府 県 郡 市 区 大 学			変更された 場合のみ 旧所属医師会			都 道 府 県 郡 市 区 大 学		
会員区分	A1	A2	B	C					

変更項目 変更される項目の番号を○で囲んでください。

① 氏名(新旧の氏名が確認できる戸籍抄本の原本1通添付)	④ 住所
② 所属医師会	⑤ 遺族給付受取人(加入者の実印を押捺し、3ヶ月以内に
③ 会員区分	発行された加入者の印鑑証明書の原本1通添付)

▶ 住所変更欄

住所(住民票住所)又は郵便物送付先住所のどちらか一方を変更された場合でも、必ず両方ご記入ください。

フリガナ			
住 所 (住民票住所)	□□□-□□□□	(TEL	- -)
	都道 府県		
フリガナ	住所と同一の場合は、記入不要		
郵便物 送付先 住 所	□□□-□□□□	(TEL	- -)
	都道 府県		

▶ 遺族給付受取人変更欄 戸籍上の氏名、フリガナ、続柄(夫・妻・子・孫等)をご記入ください。

Aの場合は○で囲んでください。Bの場合は、下記にご記入ください。

A 誰も指定しない (指定しない場合は、遺言の有無にかかわらず、日本医師会年金規程の定めによります。)

B 現在の指定を変更し、全ての順位について下記の通りとする (指定する方全員を改めてご記入ください。)

* 遺族は、配偶者(法律上の婚姻に限る)、子(法律上の親子に限る)、養父母、実父母、孫、祖父母、兄弟姉妹、甥姪の範囲でご指定ください。

* 同順位に複数の方は指定できません。

	第1順位	第2順位	第3順位
フリガナ			
氏 名			
続 柄	(例) 夫・妻・子・孫	(例) 夫・妻・子・孫	(例) 夫・妻・子・孫