事務長	係

国民健康保険住所･氏名変更届

被保険者証の記号番号	井薬　　－　　－				
※個人番号（マイナンバー）					※通知カード参照
【変更前】変更前の自宅住所又は氏名	氏名				
	住所	〒　　－			
【変更後】変更後の自宅住所又は氏名	フリガナ				
	氏名				
	フリガナ				
	住所	〒　　－			
	☎	（　　）　　－			
変更年月日	令和　　年　　月　　日				
変更理由					

令和　　年　　月　　日

◆変更後の自宅住所又は氏名にてご記載願います。◆

〒　　－

組合員　住所

氏名

個人番号

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

被保険者証送付先	送付希望先に〇をして下さい。（　勤務先　・　自宅　・　その他※）
	※その他の場合の送付先住所をご記入下さい。 〒　　－

《　関係書類　》

①住民票

②当組合被保険者証

③マイナンバー制度に伴い、申請書である組合員の顔写真付きの身元確認書類（写）（運転免許証等）を添付願います。