

事務長	係

国民健康保険住所・氏名変更届

被保険者 記号番号	井薬 - -																						
◆ 被保険者の個人番号（マイナンバー）は、被保険者番号を記入した場合は記入不要です。 ◆																							
※個人番号 (マイナンバー)																							
【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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿																							
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="font-size: small;">マイナンバーカードの 健康保険証利用登録 紐づけ完了の有無</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 有</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 無</td> </tr> </table>				マイナンバーカードの 健康保険証利用登録 紐づけ完了の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無																
マイナンバーカードの 健康保険証利用登録 紐づけ完了の有無																							
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無																						
送付先	送付希望先に○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当組合有効期限被保険者証または資格確認書（マイナ保険証非保有者の方）
- ③マイナンバー制度に伴い、申請者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