

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	井葉 - -		
◆ 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 <small>（マイナンバー）</small>			
【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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div>	
福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 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 </div>			
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