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

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
□有　□無

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

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）を添付願います。