

業務チェック	
<input type="checkbox"/>	地区コード
<input type="checkbox"/>	住所コード
<input type="checkbox"/>	提供機関コード

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 - - (枝番)
◆ 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
	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
	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
資格確認書 送付先	※資格情報のお知らせ（マイナ保険証保持の方）は、氏名変更の方のみ再発行致しますので 下記に○をして下さい。
	◆ 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資格確認書 「資格情報のお知らせ」を既に所有している方は、記載内容に変更がない（住所変更のみ）場合
そのままお使い下さい。
- 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。