業務チエック													
地区コード													
住所コード													
提供機関コード	国	民	健	康	保	険	住	所	•	K.	名	変	更

被保険者 記号番号	井薬		_	_	(*	支番)				
【変更前】	氏名									
変更前の住所又 は氏名	住所	Ŧ	-							
【変更後】	フリガナ									
変更後の住所 又は氏名	氏名									
	フリガナ						111111111111111111111111111111111111111			
	住所	₹	-							
	2 5	()	-						
変更年月日		令和	年	月	日					
変更理由										
 ◆変更後の自宅住		こてご記載願(います。◆		令和	年 月	日			
	〒	-								
組合員	住 所					マイナンバーカー				
	氏 名					健康保険証利用登 紐づけ完了の有意				
福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿										
36 15 - 6 3 m do	※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。									
資格確認書 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。									
	※その他の 〒 -)場合の氐付分	无任所をご	記入下さい。						

事務長

《 関係書類 》

- ①住民票 (ただし区画整理による住所変更の場合、行政による公的証明書を可能とし、関係書類③は不要です。)
- 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。