

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	井葉 - - (枝番)	
【変更前】	氏名	
変更前の住所又は氏名	住所	〒 -
【変更後】	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	
福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿		<div>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</div> <div><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</div>

《 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 (マイナ保険証をお持ちでない方)
- 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。

◇資格情報のお知らせ(マイナ保険証をお持ちの方)の自宅住所変更について◇

資格情報のお知らせには自宅住所の記載がないため、新たに資格情報のお知らせを発行することはありません。
尚、氏名変更の方のみ再発行させていただきます。