

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)
【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			
変更後の住所 又は氏名	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。◆

〒	—
住 所	_____
組合員 氏 名	_____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> 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>	
福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿	

《 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。