業務チエック
□ 地区コード
□ 住所コード
□ 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】 変更前の氏名又は住所	氏名	
	住所	〒　　－
【変更後】 変更後の氏名又は住所	フリガナ	
	氏名	
	フリガナ	
	住所	〒　　－
	☎	（　　）　　－
氏名変更年月日	令和　　年　　月　　日	
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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

《　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。