

国民健康保険 組合員変更届

変更前の 組合員氏名		男 女	昭 平 令	年	月	日
変更後の 組合員氏名 (申請者)		男 女	昭 平 令	年	月	日
被保険者 記号番号 (申請者)	井薬 - - (枝番)					
変 更 年 月 日	令和 年 月 日					
組合員変更の 理 由						
福井県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿						
令和 年 月 日						
組合員(申請者) 区分 (○でご記入下さい)	①事業主	②従業員Ⅰ(薬剤師)・Ⅱ(左記以外)		③その他の組合員(薬事従事者)		
組 合 員 (申 請 者)	〒 -					
	住 所					
	氏 名					
	個人番号					
	電話番号	- -				

《関係書類》

- ①薬局・・・履歴事項全部証明書の写し又は薬局開設許可証の写し(開設者変更)
- ②薬店・・・医薬品販売業許可証の写し(代表者氏名変更)
- ③マイナンバー制度に伴い、申請書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。

事務長	係員