

様式第2号

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 年 月 日	起案 日 決裁
-----	------	-----	---	----------------	---------------

住所氏名等変更届

被保険者証記号番号	現在(変更前)	変更後
個人番号(マイナンバー) (12ケタ)		

変更区分 (該当する番号に ○をつけてください)	61. 氏名変更	
	62. 住所変更(薬局・自宅)	
	63. 世帯主変更	64. 被保険者証記号・番号変更
	74. 世帯分離	75. 世帯合併 98. 訂正

変更内容	変更前		変更後	
	氏名	フリガナ	氏名	フリガナ
	住所	〒 TEL	住所	〒 TEL

変更年月日	氏名変更年月日	令和 年 月 日	/
	転居年月日	令和 年 月 日	

上記のとおり届けます

令和 年 月 日 (提出日)

申請者氏名 ㊟

(申請者が従業員の場合、事業主組合員の署名・捺印(シヤチハタ印不可)をお願いします)

事業主組合員氏名 ㊟

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※次のものを添付してご返送ください。
【氏名変更の場合は、健康保険被保険者証原本】

保訂	保台	被台	異動	入力	調定

※太枠のみご記入ください。