様式第７号

理事長	常務理事	事務長	係	年　月　日起案 年　月　日決裁

住 所 氏 名 等 変 更 届

※太枠のみご記入ください。

被保険者証記号番号	現　在（変更前）	組合記入欄　変　更　後
	（枝番）	（枝番）
組 合 員 氏 名		個人番号（マイナンバー）
変 更 区 分（該当する番号に〇をつけてください）	61. 氏名変更　62. 住所変更（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	

✧ 該当する箇所をご記入ください。

変更前	氏　名	（漢字）	（カナ）
	住　所	〒 TEL	
変更後	氏　名	（漢字）	（カナ）
	住　所	〒 TEL	

氏名変更年月日	令和　年　月　日	転居年月日	令和　年　月　日

世帯変更内容

＊該当する番号及び種別（変更前、変更後）に〇をつけてください。

74. 世帯分離　家族から組合員へ変更　｛変更前：　妻・夫・子　変更後：　役員・薬剤師・非薬剤師｝

75. 世帯合併　組合員から家族へ変更　｛変更前：　役員・薬剤師・非薬剤師　変更後：　妻・夫・子｝

63. 世帯主変更

世帯変更理由		資格変更年月日	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

※氏名変更、世帯分離・合併、世帯主変更の場合は、**「被保険者証原本」**を添付してください。

※世帯分離の場合は、**「組合様式第２号－３雇用内容証明書」**、**「被保険者適用除外承認申請書」**も併せて提出してください。

M統	適除	保台	連台	異動	入力	調定

保険証回収日　令和　年　月　日

保険証交付日　令和　年　月　日

保険料等級　等級→　等級　区分

2022.4