

事業所所在地・名称変更(訂正)届

被 保 険 者 証			変更する本人氏名	生 年 月 日
記 号	85-	番 号		大昭平令 年 月 日
変更前の 事業所住所		(〒 -)		
又は名称		(ふりがな)		
		電話 ()		
変更後の 事業所住所		(〒 -)		
又は名称		(ふりがな)		
		電話 ()		
変更した 年 月 日	平成 令和	年 月 日	世帯(世帯員数)の変更 有・無 (○で囲んで ください)	

上記のとおり変更したのでお届けいたします。

令和 年 月 日	(〒 -)
組合員住所	_____
氏 名	(印)
事業所名称	(印) TEL ()

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

(注意)

●●●●この届は事業所所在地または事業所名称に変更があった場合十四日以内に提出する書類です。
●●●●太線のわく内の諸事項については全部記入して下さい。
●●●●事業所関係変更届の写しを添付して下さい。
●●●●ご不明な点がありましては組合〇三(三八七四)七四一までお問合せ下さい。

決 裁	検 印	被保険者台帳	証 交付訂正	係 収 受	受 付 印
常務理事	事務局長		枚		
令和 年 月 日		記 事			