事業所所在地・名称変更（訂正）届

被保険者証				変更する代表者氏名	生年月日	
記号	85-	番号			大昭平	年 月 日
変更前の事業所住所又は名称	（〒 － ） （ふりがな ） TEL （ ）					
変更後の事業所住所又は名称	（〒 － ） （ふりがな ） TEL （ ）					
変更した年月日	平成 年 月 日		世帯（世帯員数）の変更 有・無 （〇で囲んでください）			

上記のとおり変更したのでお届けいたします。

平成 年 月 日

（〒 － ）

（新）

事業所住所

事業所名

事業主名 ㊞

TEL （ ）

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

決裁	
常務理事	事務局長
平成 年 月 日	

検印	被保険者台帳	証 交付 訂正	係収受
		枚	
記事	都内→都外、都外→都内、 本人、家族（ ）人		

受付印

ご注意

●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。（又は開設許可証（写））

●ご不明な点がありましたら組合　〇三（三八七四）七四一一までお問合わせ下さい。