

# 被 保 険 者 住 所 変 更 届 氏 名

注意

●●●●●  
ご住こ太こ  
不民の線の  
明票届の届  
なへにわは  
点世はく被  
が帯必内保  
あ全ずの険  
り員被諸者  
まと保事の  
し記険項住  
た載者に所  
らの証つま  
組あをいた  
合る添ては  
3付全氏  
○ケし部名  
三月て記に  
（以下入変  
三内さし更  
八のいてが  
七物。下あ  
四）を添さ  
七四付し。場  
一して下合  
一までお合  
お問。（組  
合に加入  
せ下さ  
い。して  
いない  
人の保  
険証（写）  
を添付  
して下  
さい。）

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	年	月	日
個 人 番 号 (マイナンバー)									
変更前の 住所又は 氏 名		( 〒 - )							
		( ふりがな )							
		TEL ( )							
変更後の 住所又は 氏 名		( 〒 - )							
		( ふりがな )							
		TEL ( )							
変更した 年 月 日		平成 年 月 日 令和				世帯 (世帯員数) の変更 有 ・ 無 ( <input type="radio"/> で囲んで ください )			

上記のとおり変更したので被保険者証をそえてお届けいたします。

令和 年 月 日 ( 〒 - ) (新)	
組合員住所	
氏 名	(印)
事業所名	(印) TEL ( )
事業主名	

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

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 都内→都外、都外→都内、 本人、家族( )人				