

資格変更届

被保険者証 記号番号	85-	変更する 本人氏名	薬局	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
個人番号					
変更前資格			変更後資格		
事業主である組合員 従業員である組合員 家 族			事業主である組合員 従業員である組合員 家 族		
変更する 理由					

上記のとおり資格を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	〒	-
住所					
組合員 氏名					
(印)					

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

検印	給付台帳	異動整理簿	被保険者台帳	収入原簿	証訂正	係收受
備考						
	電算処理	取得 (人)	喪失 (人)	脱退 (人)	加入 (人)	

決 裁	
常務理事	事務局長
令和 年 月 日	

● 太線のわく内の諸事項について全部記入してください。
 ● この届には被保険者証を必ず添付して下さい。
 ● 不明な点がありましたら組合 〇三(三八七四) 七四一までお問合わせ下さい。

← 該当の箇所に○をつけてください。