

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。場
一して下合
一まで下四
下さい日
お問。合以
合（組合に
下さい入
。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 | | | | 昭 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | 平 | | | |
| | | | | | | 令 | | | |
| 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 | 令和 年 月 日 | | | 変 更 箇 所 | | | | | |
| | | | | 住所 | | 氏名 | | TEL | |

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 | |
| 事業所名 | TEL () |
| 業 主 名 | 事 業 主 記号番号 85 - . |

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 |
| | |
| 令和 年 月 日 | |

| | | | |
|--------|--------|------------|------------|
| 検 印 | 被保険者台帳 | 証 交付 訂正 | 係 収 受 |
| | | 枚 | |
| 記 事 | | | 【世帯主】 |
| | | | 変更無 |
| | | | 入 力 下 ル |

| |
|-------|
| 受 付 印 |
| |