

理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険被保険者 住所・氏名 変更届

被保険者記号番号

崎薬 ー

変更年月日

令和 年 月 日

※変更する項目のみ☑をつけてご記入下さい。

自宅住所変更

変更前 住所	
変更後 住所	〒 (TEL ー ー)

氏名変更

	変更前 氏名	変更後 氏名
1		フリガナ
2		フリガナ
3		フリガナ
4		フリガナ
5		フリガナ

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

〒

(変更後) 組合員 自宅住所

氏名 _____

長崎県薬剤師国民健康保険組合 理事長殿

※添付書類

- ・変更後の住民票(原本)
- ・該当者全員の保険証