

理事長 「住所」「氏名」の変更するものに○をつけてください。

※注意事項をお読みになり、2枚目をご使用ください。

長崎県薬剤師国民健康保険組合 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

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

添付した書類に○をつけてください。受領後にマイナ保険証登録の有無により、「資格情報のお知らせ」または（申請内容を反映した）「資格確認書」を発行いたします。

注1.健康保険証または資格確認書をお持ちの方は必ず添付してください。

健康保険証 ・ 資格確認書 を添付しました。

注2.マイナンバーカードを不所持または健康保険証としての利用登録のない方

※「資格確認書」の希望送付先に

当該者自宅宛て 事業所宛て その他(

保険証利用登録済みのマイナンバーカードをお持ちの方はチェック不要です。 ※「資格情報のお知らせ」をお送りします。

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

※変更する項目のみをつけてご記入ください。

理事長	常務理事	事務長	係

長崎県薬剤師国民健康保険組合 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☑をつけてご記入ください。

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

注1.健康保険証または資格確認書をお持ちの方

健康保険証または資格確認書を必ず添付してください。

注2.マイナンバーカード不所持／健康保険証未登録の方

※「資格確認書」の希望送付先に☑

当該者自宅宛て 事業所宛て その他(

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