

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

☐

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.資格確認書をお持ちの方は必ず添付してください。

☐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()

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。