被保険者申請事項変更届

2024.12.1

薬局(事業所)名	薬局 調剤薬局	変　更　日	令和　　年　　月　　日
被保険者証番号	**変更する方の保険証番号**	変更人氏名	**変更する方の氏名**
マイナンバー	**変更する方のマイナンバー**		

	変　更　前	変　更　後
薬局（事業所）の変更	□薬局(事業所) 名 □薬局(事業所) 〒　　－ 住 所 ＴＥＬ(　　)	薬局(事業所) 名 薬局(事業所) 〒　　－ 住 所 ＴＥＬ(　　)　　－
被保険者の変更	ﾌﾘｶﾞﾅ　コクホ　ハナコ ☑氏　名　**国　保　花　子** ＴＥＬ(　　)　　－ 〒　812　－〇〇〇〇 ☑住　所　福岡市〇〇〇〇〇〇 □資格区分　薬剤師　非薬剤師	ﾌﾘｶﾞﾅ　フクオカ　ハナコ 氏　名　**福　岡　花　子** ＴＥＬ(　　)　　－ 〒　814　－〇〇〇〇 住　所　福岡市〇〇〇〇〇〇〇〇 資格区分　薬剤師　非薬剤師

1種組合員の氏名変更は被保険者の変更に記入してください。

上記のとおり提出します。

令和　　年　　月　　日提出

1種組合員氏名（薬局代表者名）をご記入ください。

1種組合員氏名

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

・変更する箇所にレ点を入れ、変更前と変更後を記載してください。
・氏名、住所の変更の場合は、**住民票（原本）**又は変更手続き済みの**マイナンバーカード（写）**を添付してください。
・1種組合員の変更時や、被保険者の氏名・住所の変更の場合は、**資格確認書等**の記載事項が変更になりますので必ず提出してください。

【資格情報のお知らせ】をお持ちの方はご自身で破棄して頂ければ提出は不要です。

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	係	係	被保険者台帳訂正
	令和　　年　　月　　日						

被保険者申請事項変更届

2024.12.1

薬局(事業所)名	薬局 調剤薬局	変　更　日	令和　　年　　月　　日
被保険者証番号		変更人氏名	
マイナンバー			

	変　更　前	変　更　後
薬局（事業所）の変更	□薬局(事業所）名 □薬局(事業所) 〒　　－ 住 所 ＴＥＬ(　　)　　－	薬局(事業所）名 薬局(事業所) 〒　　－ 住 所 ＴＥＬ(　　)　　－
被保険者の変更	ﾌﾘｶﾞﾅ □氏 名 ＴＥＬ(　　)　　－ 〒　　－ □住 所 □資格区分　薬剤師　非薬剤師	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏 名 ＴＥＬ(　　)　　－ 〒　　－ 住 所 資格区分　薬剤師　非薬剤師

上記のとおり提出します。

令和　　年　　月　　日提出

1種組合員氏名

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

・変更する箇所にレ点を入れ、変更前と変更後を記載してください。
・氏名、住所の変更の場合は、**住民票（原本）**又は変更手続き済みの**マイナンバーカード（写）**を添付してください。
・1種組合員の変更時や、被保険者の氏名・住所の変更の場合は、**資格確認書等**の記載事項が変更になりますので必ず提出してください。

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	係	係	被保険者台帳訂正
	令和　　年　　月　　日						