

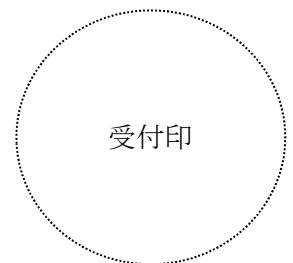
被保険者申請事項変更届

2020.12

薬局（事業所）名	薬 局 調剤薬局	変更人氏名	
被保険者番号		変更日	令和 年 月 日
個人番号(12桁のマイナンバー)			
	変 更 前	変 更 後	
薬局（事業所）の変更	① 薬局(事業所) 名 _____	① 薬局(事業所) 名 _____	
	② 薬局(事業所) 〒 _____ 住所 Tel () _____ フリガナ	② 薬局(事業所) 〒 _____ 住所 Tel () _____ フリガナ	
	③ 世帯主 (1種組合員) の変更 _____	③ 世帯主 (1種組合員) の変更 _____	
	④ 世帯主 (1種組合員) の住所 _____	④ 世帯主 (1種組合員) の住所 _____	
	Tel () _____ フリガナ	Tel () _____ フリガナ	
被保険者の変更	⑤ 氏 名 _____	⑤ 氏 名 _____	
	⑥ 自宅住所 _____	⑥ 自宅住所 _____	
	⑦ 資格区分 薬剤師 非薬剤師	⑦ 資格区分 薬剤師 非薬剤師	
<p>上記のとおりですので、変更人の被保険者証を添えて届けます。</p> <p>令和 年 月 日提出 〒 _____ Tel () _____</p> <p style="text-align: center;">自宅住所 _____</p> <p style="text-align: center;">1種組合員 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p>福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

- ・ 氏名、ご自宅の住所が変わられる場合は加入者全員の住民票（個人番号（マイナンバー）が記載されている物）を添付してください。
- ・ 変更する箇所の番号に○印をつけ、変更前と変更後を記載してください。

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係	被保険者台帳の訂正
	令和 年 月 日					



(記入例)

被保険者申請事項変更届

2020.12

薬局(事業所)名	薬局 調剤薬局	変更人氏名	今回変更する方の氏名
被保険者番号	今回変更する方の保険証番号	変更日	令和 年 月 日
個人番号(12桁のマイナンバー)		今回変更する方の12桁のマイナンバー	
変更前		変更後	
薬局(事業所)の変更	① 薬局(事業所)名	① 薬局(事業所)名	
	② 薬局(事業所)住所 フリガナ Tel ()	② 薬局(事業所)住所 フリガナ Tel ()	変更番号を選んでください。 変更後の内容をご記入ください。
	③ 世帯主(1種組合員)の変更	③ 世帯主(1種組合員)の変更	
	④ 世帯主(1種組合員)の住所 フリガナ Tel ()	④ 世帯主(1種組合員)の住所 フリガナ Tel ()	
被保険者の変更	⑤ 氏名 フリガナ Tel ()	⑤ 氏名 フリガナ Tel ()	変更番号を選んでください。 変更後の内容をご記入
	⑥ 自宅住所 Tel ()	⑥ 自宅住所 Tel ()	
	⑦ 資格区分 薬剤師 非薬剤師	⑦ 資格区分 薬剤師 非薬剤師	
上記のとおりですので、変更人の被保険者証を添えて届けます。			
令和 年 月 日提出			
〒 自宅住所 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			
1種組合員の氏名、自宅住所をご記入ください			

- ・氏名、ご自宅の住所が変わられる場合は加入者全員の住民票(個人番号(マイナンバー)が記載されている物)を添付してください。
- ・変更する箇所の番号に○印をつけ、変更前と変更後を記載してください。

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

