



神奈川県薬剤師国民健康保険組合  
被保険者住所・氏名変更届

被保険者証の記号・番号		3 4 -	
区分	変更前	変更後	
住所	〒 -	(フリガナ)	
		〒 -	
被 保 険 者	(フリガナ) 氏名		(フリガナ) 氏名 個人番号(マイナンバー)
	1	-----	
	2	-----	
	3	-----	
変更年月日		令和 年 月 日	
被保険者証の送付先		1 事業所宛(本店・支店) 店) 2 自宅宛	
<p>上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>住所 電話 自宅 ( ) 組合員 携帯 ( ) 氏名 (印)</p> <p>個人番号 [                     ] (マイナンバー)</p>			

※申請に必要なもの

(被保険者証回収年月日：令和 年 月 日)

- 1 被保険者証
- 2 住民票(世帯全員分で続柄、個人番号(マイナンバー)が記載されているもの)(有効期限3ヶ月)
- 3 次に該当する場合 ・70～74歳の方は「高齢受給者証」  
・限度額適用認定証をお持ちの方は「限度額適用認定証」

決 裁	理事長	常務理事	事務長	主幹	担当