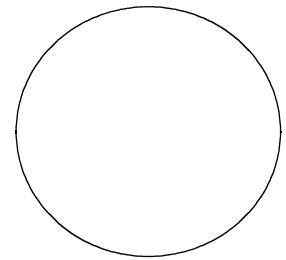


神奈川県薬剤師国民健康保険組合  
被保険者住所・氏名変更届



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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>〒 -</p> <p>住所 自宅 ( )</p> <p>組合員 氏 名 電話 携帯 ( )</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