

国民健康保険組合員住所氏名変更届

受付印

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 殿 次のとおり申請します。

申請日	令和 年 月 日			
組合員	変更前	(フリガナ)		
		氏名		
		住所	〒	
	変更後	(フリガナ)		マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無
		氏名	(変更日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 連携有 <input type="checkbox"/> 連携無
		住所	〒 (変更日: 年 月 日)	
電話番号				
被保険者記号	番号		個人番号 (マイナンバー)	
道薬	- -			

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限ります。

※ここから下の太枠内は、氏名・住所変更されたご家族の情報について記入してください。

1	(フリガナ)		マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無
	氏名		<input type="checkbox"/> 連携有 <input type="checkbox"/> 連携無
2	(フリガナ)		マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無
	氏名		<input type="checkbox"/> 連携有 <input type="checkbox"/> 連携無
3	(フリガナ)		マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無
	氏名		<input type="checkbox"/> 連携有 <input type="checkbox"/> 連携無
4	(フリガナ)		マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無
	氏名		<input type="checkbox"/> 連携有 <input type="checkbox"/> 連携無

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限ります。

本件上記のとおり 届出あったので処理します	理事長	常務理事	事務長	事務次長	業務係長	係
				/	/	
					処理年月日	担当者印