

氏 名 変 更 届 国民健康保険被保険者 自 宅 住 所

事務長	担当

①被保険者証の 記号・番号	記号	番号	②変更箇所(該当する数字を○で囲んでください) 1.氏名のみ 2. 自宅住所のみ 3.氏名と自宅住所
③氏名	変更前		変更後
	組合員	フリガナ	フリガナ
		組合員との続柄	本人
	家族(その他の被保険者)	フリガナ	フリガナ
		フリガナ	フリガナ
		フリガナ	フリガナ
		フリガナ	フリガナ
	変更前		変更後
	〒 () TEL ()		〒 () TEL ()
	※組合員の個人番号を記載してください。		個人番号
⑤ 変 更 年 月 日		平成 年 月 日	
⑥ 組合員記入欄	上記記載事項に相違ありません。 平成 年 月 日 組合員氏名 (変更後) (印)		【個人番号の利用目的について】 当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第一第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用いたします。
⑦ 事業主記入欄	埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様 上記のとおり届けます。 平成 年 月 日 事業所(店舗)名称 _____ 事業所(店舗)所在地 _____ 事業主氏名 (第1種・第5種) (印)		必ず記載が必要な箇所 ■氏名のみ変更...①②③⑤⑥⑦⑨ ■自宅住所のみ変更...①②④⑤⑥⑦⑨ ■氏名と自宅住所を変更する場合...①~⑦⑨ ■第4種世帯が変更する場合...⑦は必要なし ■代理人に依頼する場合...⑧も記入
⑧ 代理人委任欄	本届を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 住 所 _____ 事業主氏名 _____ (印) 住 所 _____ TEL _____ 代理人氏名 _____ (印) ※代理人身元確認書類...運転免許証等顔写真つきもの 等		⑨ 証の交付先
		※該当箇所にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 自宅 上記以外の送付先を希望される場合は宛先をご記入ください。 〒 _____	

【届出の際に添付するもの】

- 被保険者証(高齢受給者証や限度額認定証など組合から交付されている証全て)
- 変更後の住民票原本(発行から3ヶ月以内で性別、続柄が記載されているもの)
- 住民票に記載されている世帯員が現在加入している被保険者証の写し(当組合被保険者分は除く)
- 本手続きを社会保険労務士等の代理人に依頼する場合は、※代理人の身元確認書類(写し)

身元確認	証明	保険証

