決裁	事務長	担当

国民健康保険 事業主・店舗各種変更届

★変更する項目番号に〇をつけて、下記の該当欄にご記入ください。

1 事業主　　2 経営形態　　3 法人名又は店舗名　　4 店舗所在地又は電話番号

変更項目	変更前	変更後
1	事業主組合員氏名 （フリガナ）	事業主組合員氏名 （フリガナ）
2	※該当する方に〇をつけてください。 A 個　人　　B 法　人	※該当する方に〇をつけてください。 A 個　人　　B 法　人
3	法人名 店舗名	法人名 店舗名
4	店舗所在地 電　話 （　　）	店舗所在地 電　話 （　　）

変更年月日	平成　　年　　月　　日

上記のとおり届けます。

平成　　年　　月　　日

変更後

店　舗　名　称

店　舗　所　在　地

店　舗　電　話　　（　　）

事　業　主　氏　名
（第１種・第５種）　　印

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

（注）

1 変更後の『開設許可証(写し)』を添付してください。

2 法人薬局が、「1.事業主変更」を行う場合、「登記簿謄本(写し)」を添付してください。
（法人の場合は「開設許可証」に事業主名が掲載されないため）

3 「3.経営形態」を個人から法人へ変更する場合は、新たに「加入申込書」の提出と「適用除外承認申請」の手続きを同時に行ってください。
※「適用除外承認申請」の手続きは、原則、変更日から土日祝日を含む5日以内です。

4 「電話番号」の変更については、添付書類は必要ありません。

証明	保険証