

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○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 法人名又は店舗名称	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(第1種・第5種組合員) (フリガナ)		事業主組合員氏名(第1種・第5種組合員) (フリガナ)
2	※該当する方に○をつけてください。 A 個人      B 法人		※該当する方に○をつけてください。 A 個人      B 法人
3	法人名		法人名
	店舗名称		店舗名称
4	店舗所在地		店舗所在地
	電 話 (            )		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 (            )		
	事業主組合員氏名 (第1種・第5種組合員) (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、各種変更を行う場合は、「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 経営形態を個人から法人へ変更する場合は、「事業所概要書」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。

受付印

証明	保険証