

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 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
	フリガナ	フリガナ	
	組合員との続柄	本人	マイナンバーカードへの保険証登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	マイナンバー		
	フリガナ	フリガナ	
	組合員との続柄	マイナンバーカードへの保険証登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	マイナンバー		
	フリガナ	フリガナ	
	組合員との続柄	マイナンバーカードへの保険証登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	マイナンバー		
	フリガナ	フリガナ	
	組合員との続柄	マイナンバーカードへの保険証登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
マイナンバー			
〒	-	〒	-
TEL ()	TEL ()	TEL ()	TEL ()
この届出で住所変更をする組合加入者の マイナンバーカードへの保険証登録の有無		利用登録 有 の方の氏名	利用登録 無 の方の氏名
組合員のマイナンバー			
⑤ 変 更 年 月 日		令和 年 月 日	
⑥ 組 合 員 記 入 欄	上記記載事項に相違ありません。 令和 年 月 日 組合員氏名 (変更後)		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 【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。 令和 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)		事業主の マイナンバー
⑧ 代 理 人 委 任 欄	本届を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 代理人 住所 氏名 TEL		⑨ 関 係 書 類 送 付 先
※代理人身元確認書類は運転免許証等顔写真つきのもの等			※該当箇所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】
- 資格確認書、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
 ※ 資格情報通知書のみ発行されている方は、組合員の身元確認書類(マイナンバーカード又は免許証の写し)
 - 変更後の世帯全員の住民票原本(発行から3ヶ月以内で性別、続柄が記載されているもの)
 - 婚姻等により氏名・自宅住所を変更し、新しい世帯員が増えた場合は、新しい世帯員が加入している「資格確認書(写し)」又は「資格情報通知書(資格情報のお知らせ)(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)も必要です。

身元確認	確認書	通知書

