

被 保 険 者 住 所 変 更 届 氏 名

注意

●●●●●
ご住こ太こ
不民の線の
明票届の届
なへにわは
点世はく被
が帯必内保
あ全ずの険
り員被諸者
まと保事の
し記険項住
た載者に所
らの証つま
組あをいた
合る添ては
3付全氏
○ケし部名
三月て記に
（以下入変
三内さし更
八のいてが
七物。下あ
四）を添さ
七四付。場
一して下合
一まで下四
下さい日
お問。合以
合（組合に
わせ下加入
さい。して
いない人の
保険証（写
）を添付し
て下さい。

被 保 険 者 証			変更する本人氏名			生 年 月 日			
記 号	85 -	番 号				昭	年	月	日
						平			
						令			
個 人 番 号 (マイナンバー)									
変更前の 住所又は 氏 名		(〒 -)							
		(ふりがな)							
		TEL ()							
変更後の 住所又は 氏 名		(〒 -)							
		(ふりがな)							
		TEL ()							
変 更 した 年 月 日	令和 年 月 日			変 更 箇 所					
				住所		氏名		TEL	

上記のとおり変更したので被保険者証をそえてお届けいたします。

令和 年 月 日	
(〒 -)	
(新)	
組合員住所	_____
氏 名	
事業所名	TEL ()
業 主 名	事 業 主 記号番号 85 - .

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

決 裁		検 印	被保険者台帳	証 交付 訂正	係 収 受	受 付 印	
常務理事	事務局長			枚			
		記 事					【世帯主】
令和 年 月 日							変更無 入 力 下 ル