神奈川県薬剤師国民健康保険組合

被保険者住所・氏名変更届

被保険者の記号・番号	３４ －

区分	変　更　前	変　更　後
住所	〒　　－	(フリガナ) 〒　　－
被保険者	(フリガナ) 氏　　名	(フリガナ) 氏　　名 個人番号(マイナンバー)
1		
2		
3		

変更年月日	令和　　年　　月　　日
マイナンバーカードへの保険証登録	１．有り　　２．無し
資格確認書の送付先	「２．無し」の場合、ご記入ください。 １ 事業所宛(本店 ・ 支店　　店) ２ 自 宅 宛

上記のとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

組合員
〒　　－
住　所
氏　名

電話
自宅　　(　　)
携帯　　(　　)

個人番号
(マイナンバー)

※申請に必要なもの　　被保険者証・資格確認書　(回収年月日：令和　　年　　月　　日)

1 被保険者証または資格確認書(交付されている場合)
2 住民票(世帯全員分で続柄、個人番号(マイナンバー)が記載されているもの)(有効期限３ヶ月)
3 次に該当する場合　・70～74歳の方は「高齢受給者証」
　　・限度額適用認定証をお持ちの方は「限度額適用認定証」

決裁	理事長	常務理事	事務長	主　幹	担　当