

住所・氏名変更の手続きについて

組合へご提出いただく書類

必要事項をご記入の上、下記書類を当組合までお送りください。

- 1 住所・氏名変更届
- 2 被保険者証（変更を行われる方全員の分）
- 3 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

※3ヶ月以内に交付されたもの。外国籍の方は記載事項に省略のないもの。
続柄の記載のあるもの。薬剤師国保に加入しない方の個人番号は必要ありません。

※住所変更の場合……前住所記載があることをご確認ください。
氏名変更の場合……変更される前の氏名の記載があることをご確認ください。
以前の氏名の記載がない場合は、戸籍抄本も併せてご添付ください。

返送用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒540-0019大阪市中央区和泉町1丁目3番8号 大阪府薬剤師会 西館2階 ☎ (06) 6946 - 9151

住所・氏名変更の手続きについて

被 保 険 者 住 所 変 更 届

被保険者証 記号・番号	薬国				変更する 本人氏名	
					個人番号 マイナンバー	
変 更 前	旧氏名					
	店・自宅 (いずれかに○) 旧住所	〒 □□□-□□□□		TEL ()-()-()		
変 更 後	新氏名 (フリガナ)					
	新住所 (フリガナ)	〒 □□□-□□□□		TEL ()-()-()		
変更年月日	令和 年 月 日					

上記のとおり変更したので被保険者証を添えてお届けいたします。

令和 年 月 日

住 所

組 合 員 氏 名(自署)

個人番号
マイナンバー

--	--	--

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(事務処理欄)

入力済

受 付 印

決 裁	理 事	事 務 長	課 長	主 担 当	副 担 当
令和 年 月 日					

被保険者証訂正	令和 年 月 日
---------	----------

マイナンバー保護封筒

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

マイナンバー保護封筒

【組合へ加入するとき】

- 資格取得届（別紙）
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
- 組合員本人確認書類
（ご家族分は必要ありません）

【組合をやめるとき】

- 資格喪失届（別紙）

【住所や氏名の変更のとき】

- 被保険者住所/氏名変更届
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

【その他の申請手続き】

- 被保険者証・高齢受給者証再交付申請書
- 療養費支給申請書
- 限度額適用認定申請書
- 出産育児一時金支給申請書
- 葬祭費支給申請書
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
（提出が必要な場合）

近畿薬剤師国民健康保険組合

の
り
し
ろ

A4 四つ折りサイズが入ります。
切り取ってお使いください ✂

返信用宛名ラベル

点線を切り取ってお使いください
-----✂-----

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

※ 郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

近畿薬剤師国民健康保険組合