

理事長	常務理事	事務長	課長	係

【添付書類：原本を提出】・被保険者証・資格確認書・高齢受給者証などその他の証

※住民票の添付は不要です。

氏名・住所変更届 <b>【HP/R6.12】</b>				
※変更する項目の変更前と変更後をそれぞれ記入ください。				
<b>変更する項目</b> <small>※該当するものに✓をつけてください  (例：☑氏名のみ)</small>		<input type="checkbox"/> 氏名のみ	<input type="checkbox"/> 住所のみ	<input type="checkbox"/> 氏名と住所
被保険者記号番号				
個人番号				
項目	変更前		変更後	
氏名			(フリガナ) _____	
住所				
質問	<b>【マイナ保険証】について</b> <small>※該当するものに✓をつけてください  (例：☑登録をしている)</small>	<input type="checkbox"/> 登録をしている	<input type="checkbox"/> 登録をしていない 登録をしていない場合は「資格確認書」を組合より送付いたします。	
上記のとおり、お届けします。 令和 年 月 日 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
組合員住所 (住所変更の場合は新住所) _____				
組合員氏名 (氏名変更の場合は新氏名) _____ 印				
福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				

処 理 欄	交換年月日 (資格確認書・資格情報のお知らせ)	台帳
	・	・

