

事業主	従業員	国民健康保険 被保険者住所氏名変更届			
記号番号		変更事由	1. 住所変更 2. 氏名変更		
変更前の住所					
変更後の住所	(氏名変更のみの場合は記入省略)				
電話番号: ()					
枝番	変更となる者の氏名 ※氏名変更の場合は変更後の氏名	組合員 との続柄	生年月日	現在、資格確認書を 交付されていますか (交付ありは返納)	マイナ保険証 利用登録を していますか
	(フリガナ) 男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ) 男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ) 男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ) 男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ) 男・女		昭平令 . .	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 氏名 (印)</p> <p>静岡市食品国民健康保険組合 殿</p>					
資格確認書 資格のお知らせ 交付方法	郵送希望	自宅へ・店へ・他() / 普通郵便・書留		窓口受取り希望	

※太枠内を記入してください

※マイナンバーカードは有効期限内かつ、電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りません。

《事務処理欄》

証回収日		交付日	
------	--	-----	--

共通システム	台帳記入	情報連携	国保総合

理事長	役員	事務局長	担当者	受付

