

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		123456789	変 更 事 由	1. 住所変更 ②. 氏名変更	
変更前の住所		静岡県葵区〇〇町〇丁目〇-〇〇			
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
03	(フリガナ) クミアイ アイコ	子	昭 平 令 3 . 6 . 1	☐ 交付なし	☒ 有
	☒ 交付あり			☐ 無	
	(フリガナ)		昭 平 令	☐ 交付なし	☐ 有
	(フリガナ)				
	(フリガナ)				
			平 令	☐ 交付あり	☐ 無
	(フリガナ)		昭 平 令	☐ 交付なし	☐ 有
				☐ 交付あり	☐ 無
上記のとおり届けます。					
令和 8 年 1 月 1 日					
組 合 員 氏 名 食品 太郎					
静岡県食品国民健康保険組合 殿					
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ります。

※資格確認書が発行されている場合は資格確認書を必ず添付し、現在のマイナ保険証利用登録の有無を事前にご確認ください。
※マイナ保険証の利用登録をしている場合は、資格情報のお知らせ（A4判）を発行します。

シャチハタ不可

食品

《事務処理欄》	
証回収日	交付日
希望の受け取り方法を記入	

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

受付日