

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	静岡市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、被保険者証・ 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	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input checked="" type="checkbox"/> 有
	組合 愛子 男・女			<input checked="" type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ)		昭平令	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input checked="" type="checkbox"/> 有
	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ)		昭平令	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ)		昭平令	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 有
	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 交付あり	<input type="checkbox"/> 無

※保険証また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。

上記のとおり届けます。

令和 7 年 1 月 10 日

組合員 氏名

食品 太郎

シャチハタ不可



静岡市食品国民健康保険組合 殿

《事務処理欄》

資格確認書	郵送	書留・普通	自宅・店・他()	証回収日	
	窓口			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



※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す。