薬局住所変更により支部が変わる場合は「支部変更」となり別様式でのお届けが必要です。被保険者記号番号も変わります。ご注意ください。支部が変わられる場合は当組合まで直接ご連絡ください。

変更する内容に☑を

被保険者 ☑住所 ☑氏名 変更届　記入例

被保険者記号・番号	薬国 2899－999－999	変更する本人氏名	薬国　太郎　1種組合員（事業主）氏名
		個人番号 マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 1
変更前	旧氏名	国保薬局　変更前の薬局名	
	店・自宅（いずれかに○）旧住所	〒665－9999　TEL(0570)－(○○)－(○○○○) 兵庫県神戸市○○区○○町○番地○号　変更前の薬局住所	
変更後	（フリガナ）新氏名	キンキコクホヤッキョク 近畿国保薬局　薬局開設許可証に記載の薬局の名称（新）	
	（フリガナ）新住所	〒540－9999　TEL(06)－(6○○○)－(○○○○) 大阪府大阪市○○区○○町○番地○号 薬局開設許可証に記載の薬局の所在地（新）	
変更年月日	令和　99年99月99日		

上記のとおり変更したので ☐被保険者証 ☐資格情報通知 ☐資格確認書 を添えてお届けいたします。

記入された年月日　令和99年99月99日

住民票記載の住所

住　所　大阪府大阪市○○区○○町○番地○号

1種組合員（事業主）氏名

組合員　氏　名　薬国　太郎　住民票記載の氏名

個人番号 マイナンバー　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 1

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長　様

（事務処理欄）

受付印

決裁	理事	室長	班長	主担当	副担当
令和　年　月　日					

交付	令和　年　月　日