

事務処理欄	組 合 本 部			支 部	
	常務理事	事務局長	取 扱 者	支 部 長	支部担当者
現保険者等の記号番号			岡 303	—	—

被 保 険 者 住 所 変 更 届

変更前	住所	〒
		電話番号
変更後	住所	〒
		電話番号
変更年月日	令和 年 月 日	
変更の理由	転居 ・ その他 ()	

該当項目の□に✓を入れてください。

- ① 被保険者証をお持ちの方(有効期限令和7年7月31日まで)
再交付不要 裏面に記入の住所を訂正し、有効期限まで被保険者証は使用可能。
- ② 資格情報のお知らせをお持ちの方
再交付不要
- ③ 資格確認書をお持ちの方
再交付**必要**

上記のとおり届けます。(資格確認書をお持ちの方は添えてご提出ください)

令和 年 月 日

〒 —

住所

組合員 フリガナ

氏 名

電話番号

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

薬剤師国保 記入欄	<input type="checkbox"/> 資格確認書	返 却 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書	交 付 日
		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	令和 年 月 日