

処 理 年 月 日	担当印

本件下記のとおり届 出あったので処理し ます	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	事 務 次 長	業 務 係 長	係

国民健康保険組合員住所氏名変更届

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 又は組合員証の番号	道 薬 — —
変 更 前 の 住 所 又 は 氏 名	
変 更 後 の 住 所 又 は 氏 名	
変 更 の 年 月 日	

上記のとおり届けます。

_____年 月 日

組 合 員	住 所	〒 _____										
	(ふりがな) 氏 名	_____ (印)										
	個人番号 (マイナンバー)											
	T E L											

北海道薬剤師国民健康保険組合 様