

# 被保険者届出事項変更届

被保険者記号	38	番 号								※ 事業所コード番号				
変 更 事 由	項 目	変 更 後							変 更 前					
※変更箇所を○で囲んでください。	フリガナ													
1 事業所住所変更	事業所住所	(〒 - )							(〒 - )					
2 自宅住所変更	事業所電話番号	( ) -							( ) -					
3 事業所名称変更	フリガナ													
4 氏名変更	自宅住所	(〒 - )							(〒 - )					
5 その他の変更	自宅電話番号	( ) -							( ) -					
〔 〕	フリガナ													
	事業所名称													
	フリガナ													
	氏 名	(氏)			(名)				(氏)			(名)		
	個人番号													

変 更 の 年 月 日	令和	年	月	日	
-------------	----	---	---	---	--

上記のとおり、届出事項を変更したのでお届けします。

住所

令和 年 月 日

組合員 氏 名

個人番号

千葉県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

電話番号 ( ) -

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	処理担当者	管理システム	被保険者証	受 付 日

## 記入上の注意点

被保険者届出事項変更届の記載に当たっては、以下のことにご注意の上、記入してください。

1. 記入するときは、太枠内に黒ボールペンではっきりと正確に記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
2. 記載項目に記入漏れ等があった場合は、書類を受理しないことがありますのでご注意ください。
3. 被保険者証の番号は、千葉県薬剤師国民健康保険組合被保険者証の「38」に続く8桁の番号を記入してください。
4. 変更事由の該当する番号を○で囲んでください。
5. 申請者（組合員）及び変更手続きを行う方の個人番号（マイナンバー）を記入してください。
6. 家族の変更申請の場合、家族の個人番号（マイナンバー）は申請者（組合員）が正しく記入されていることを確認してください。
7. 住所変更の場合、マンション・アパート・団地名等があるときは、必ず記入してください。また、電話番号が変わった場合も必ず記入してください。
8. その他の変更の場合は、（ ）内に変更の理由を記載してください。

## 添付書類について

1. 申請される際は、必ず申請者（組合員）の個人番号（マイナンバー）確認書類（番号確認書類及び身元確認書類）を添付してください。
2. 被保険者証の記載事項に変更がある場合は、必ず被保険者証を添付してください。なお、届出事項のみに変更がある場合は、被保険者証の添付は不要です。
3. 事業所住所及び事業所名称に変更がある場合は、「薬局開設許可証」の写し（一般販売事業所においては「医薬品販売許可証」の写し）を添付してください。
4. 個人事業所から法人事業所に変更される場合は、「登記簿謄本」の写しを添付してください。
5. 住所変更を申請される方のうち、被保険者証の裏面に旧住所が記してあり、新しい被保険者証の交付を希望する方については、被保険者証を添付してください。
6. 住所変更を申請される方のうち、限度額適用認定証・特定疾病受療証の交付を受けている方は、その証を必ず添付してください。
7. 事由変更が住所変更及び氏名変更等の場合は、発行日から3か月以内に取得し、世帯全員氏名が記載された住民票原本（続柄が省略されていないもの）を必ず添付してください。なお、外国人の方の場合は、外国人登録済証明書を添付してください。
8. 土地区画整理等による住所表示（町名及び地番）変更の場合は、市区町村が発行した証明書の写しを添付してください。

ご不明な点については、千葉県薬剤師国民健康保険組合（043-243-3001）までお問い合わせください。