

## 代 表 者 変 更 届

次のとおり、代表者を変更したのでお届けします。

※ 事業所コード		医療機関コード	
変更前の 代表者氏名	(フリガナ) .....	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	3 8
変更後の 代表者氏名	(フリガナ) .....		3 8
変更の理由			
変更の年月日	令和      年      月      日	添付書類	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本（写） <input type="checkbox"/> 薬局開設許可証（写） <input type="checkbox"/> なし

令和      年      月      日

事業所住所  
.....

事業所名称  
.....

代表者氏名  
.....

千葉県薬剤師国民健康保険組合理事長様

- ① 法人事業所の代表者変更の場合には、登記簿謄本（写）をご添付ください。
- ② 個人事業所の代表者変更の場合には、薬局開設許可証（写）をご添付下さい。
- ③ 登記簿上の変更はないが代表者を管理者に変更したい場合に限り、添付書類は不要です。

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	処理担当者	システム入力	受 付 日