

# 被保険者住所・氏名変更届

※太枠の中のみボールペンで記入してください。  
世帯全員の住民票・保険証とともにご提出ください。

団体名 及承認印					受付印
被保険者証 記号番号	芸国		異動 年月日	平成 年 月 日	

変更後住所	電話	— —	携帯	— —
	FAX	— —		
(〒 — )				
都 府 県				

変更前住所	(〒 — )
-------	--------

郵便物送付先 <small>変更後住所と同じ 場合は記入不要</small>	(〒 — )
-----------------------------------------------	--------

変更後氏名	フリガナ
変更前氏名	

保険証へ本名とは別に芸名の印字が必要な方は  
下記にご記入ください。

芸名	フリガナ

上記のとおりお届けいたします。

平成 年 月 日 組合員氏名 印

大阪文化芸能国民健康保険組合理事長 殿

決裁	理事長	理事	事務長	担当者	処理欄	届出日	<input type="checkbox"/> 世帯全員分住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 保険料
						保険証交付日	