

係	入力処理	受理年月日

記載事項訂正届

被保険者 No.		税 国	■■■■■		
性 別	男 ・ 女	続 柄			
生 年 月 日		昭 ・ 平	年	月	日
訂正される方の氏名		-----			
個人番号		■	■	■	■
変 更 年 月 日		年	月	日	
変 更 理 由					

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

組合員氏名



個人番号

■	■	■	■	■	■	■	■
---	---	---	---	---	---	---	---

《注》

- 変更後氏名は楷書でわかりやすく記入してください。
- 変更年月日及び変更理由も必ず記入してください。
- お一人につき、一枚ずつ記入してください。
- **変更される方すべての住民票を添付してください。**
(続柄・世帯主名、個人番号記載のもので、有効期限2ヶ月以内)
- 郵送で手続きをされる場合は、訂正される被保険者証の枚数に応じて簡易書留返信用切手(1枚～7枚の場合は402円分・8枚～20枚の場合は450円分)を添えて当組合までお送りください。

〒540-0012 大阪市中央区谷町一丁目5番4号 近畿税理士会館9F
近畿税理士国民健康保険組合

変更しました保険証は、事務所へ送付します。