係	入力処理日	受理年月日

記　載　事　項　訂　正　届

被保険者番号	税　　国										
性　　別	男　・　女				続　　柄						
生　年　月　日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日										
訂正される方の氏名	(フリガナ)										
個人番号（マイナンバー）											
変更年月日	年　　月　　日										
変　更　理　由											

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

組合員氏名

個人番号
(マイナンバー)

≪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。

添付書類	①	被保険者証 高齢受給者証（７０歳から７４歳までの加入者）
	②	住民票の原本（当組合に加入している本人及び家族全員分のもの。コピー受付不 続柄及び世帯主名、個人番号が記載のもので有効期限２ヶ月以内のもの）
	③	返送用切手　被保険者証　１～７枚：**４４４円分** ※窓口来所の場合は不要

〒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

・ **変更後の被保険者証は、簡易書留で事務所へ送付いたします。**