

常務理事	事務局長	次 長	課 長	係	入 力 処 理	受 理 年 月 日

氏 名 変 更 届

税 国	被 保 険 者 証 №				性別	年号	生 年 月 日				続 柄
					男 1 女 2	昭 3 平 4 令 5					
変 更 後 氏 名 〔フリガナ〕 漢 字											
フリガナ											
姓 名											
個 人 番 号											
変 更 年 月 日		年 月 日									
理 由											

令和 年 月 日

組合員氏名
(旧氏名)

印

(旧印を押印して下さい)

組合員の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

《注》

- ▶ 変更後氏名は楷書でわかりやすく記入して下さい。
- ▶ 変更年月日及び変更理由も必ず記入して下さい。
- ▶ 必ず住民票（コピー不可）の添付が必要です。

（ 続柄・世帯主名・個人番号記載のもので、有効期限2カ月以内 ）

- 郵送で手続きをされる場合は、変更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414円分・8枚～20枚の場合は460円分)を添えてご郵送下さい。変更しました保険証は、事務所へ送付いたします。

〒540-0012 大阪市中央区谷町1丁目5番4号 近畿税理士会館9階
近畿税理士国民健康保険組合