

|      |      |     |     |   |       |       |
|------|------|-----|-----|---|-------|-------|
| 常務理事 | 事務局長 | 次 長 | 課 長 | 係 | 入力処理日 | 受理年月日 |
|      |      |     |     |   |       |       |

## 氏 名 変 更 届

|                     |             |  |       |  |  |  |        |                |         |  |  |     |
|---------------------|-------------|--|-------|--|--|--|--------|----------------|---------|--|--|-----|
| 税<br>国              | 被 保 険 者 番 号 |  |       |  |  |  | 性別     | 年号             | 生 年 月 日 |  |  | 続 柄 |
|                     |             |  |       |  |  |  | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>令和 |         |  |  |     |
| 変 更 後 の 被 保 険 者 氏 名 |             |  |       |  |  |  |        |                |         |  |  |     |
| (フリガナ)              |             |  |       |  |  |  |        |                |         |  |  |     |
| (姓) (名)             |             |  |       |  |  |  |        |                |         |  |  |     |
| 個人番号 (マイナンバー)       |             |  |       |  |  |  |        |                |         |  |  |     |
| 変 更 年 月 日           |             |  | 年 月 日 |  |  |  |        |                |         |  |  |     |
| 変 更 理 由             |             |  |       |  |  |  |        |                |         |  |  |     |

令和 年 月 日

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

組 合 員 氏 名

〔 組合員の氏名が変わる  
場合は組合員の旧氏名 〕

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、一枚ずつご記入ください。  
 ・ 自宅住所も変更する場合は、「自宅住所変更届」も一緒にご提出ください。

|                  |                                       |   |
|------------------|---------------------------------------|---|
| 添<br>付<br>書<br>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。コピー受付不可<br>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<br>※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。