

被保険者記載事項 店住所変更届

被保険者証 交付・訂正		
年	月	日

記 号 番 号	氏 名	事 項	住 所
整国		変更前	(〒 -) 大阪府 店名 営業主氏名 TEL () -
支部コード			変更後
店コード			
組合員 住所 (〒 -)			
令和 年 月 日			
領収印	入力	検	常務理事
支部 その他			
個人証明			
氏 名			
TEL () -			
(印)			

- ・ 保健所の開設届コピー
- ・ 保健所の検査確認済証済コピー
- ・ 店主の(最新年分)確定申告書B 第一・二表コピー

} 申請用紙に署名捺印の上、
適切な書類を添えて整容国保までご申請ください