

【 記 入 例 】

被保険者記載事項

店住所
店住所

変更届

適切な所に○をつけてください

被保険者証 交付・訂正
年 月 日

記 号 番 号	氏 名	事 項	住 所
整国	本人氏名	変更前	(〒 -) 大阪府 店名 営業主氏名
支部コード			届出送付先 〒530-0042 大阪市北区天満橋3-4-28 大阪府整容国民健康保険組合 TEL 06-6351-8901 (平日9:00~12:00/13:00~17:00)
店コード	注意!! 届出は黒(又は青)のボールペンにてご記入ください。 鉛筆・フリクション等の熱によって消えるペンでご記入いただいた分につきましては、再提出となります。	変更後	(〒 -) 大阪府 店名 営業主氏名
			新しいお店の 店住所・連絡先・店名・オーナー名
令和 年 月 日		組合員 住所 (〒 -)	本人の 氏名・自宅住所・連絡先
領収印	入力	検	常務理事
			支部その他
			個人証明
			氏 名

印

必須

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