

被保険者住所・氏名変更届

※太枠の中のみ消せないタイプのボールペンで記入してください。
世帯全員記載の住民票・保険証(原本)・組合員の身分証明書の写し・切手(434円分)と共に提出ください。

団体名 及承認印						受付印	
被保険者証 記号番号	芸国		異動 年月日	令和	年		月

変更後住所	電話	—	—	携帯	—	—
	FAX	—	—	緊急 連絡先	実家・その他()	
	(〒 —)				—	—
都 府 県						

変更前住所	(〒 —)					
-------	--------	--	--	--	--	--

郵便物送付先 <small>変更後住所と同じ 場合は記入不要</small>	(〒 —)					
---	--------	--	--	--	--	--

変更後氏名	フリガナ
変更前氏名	

保険証へ本名とは別に芸名の印字が必要な方は
下記にご記入ください。

芸名	フリガナ

上記のとおりお届けいたします。

令和 年 月 日 組合員氏名 _____

大阪文化芸能国民健康保険組合理事長 殿

決裁	理事長	理事	事務長	担当者	処理欄	届出日	<input type="checkbox"/> 世帯全員分住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 切手
						保険証交付日 (名分)	

健康保険加入状況

世帯全員が文化芸能国民健康保険組合に加入しています。

世帯は同じですが、以下の家族は下記の健康保険に加入しています。

	氏名	性別	続柄	生年月日	現在加入している健康保険名		
家族	フリガナ	男・女		昭平令	年 月 日		本人・扶養
	フリガナ			昭平令			
	フリガナ	男・女		昭平令	年 月 日		本人・扶養
	フリガナ			昭平令			
	フリガナ	男・女		昭平令	年 月 日		本人・扶養
フリガナ	昭平令			年 月 日			
	フリガナ	男・女		昭平令	年 月 日		本人・扶養

令和 年 月 日現在、家族(世帯)の健康保険加入状況について、上記のとおり相違ありません。

《記入例》

世帯全員が文化芸能国民健康保険組合に加入しています。

世帯は同じですが、以下の家族は下記の健康保険に加入しています。

	氏名	性別	続柄	生年月日	現在加入している健康保険名	
家族	フリガナ フナカ ハナコ	男・女	妻	昭平令 45 年 5 月 20 日	・全国健康保険協会 ○○支部 ・○○○健康保険組合 ・日本私立学校振興・共済事業団 等	本人・扶養
	文化 花子					
	フリガナ フナカ イチロウ	男・女	子	昭平令 15 年 8 月 10 日	・全国健康保険協会 ○○支部 ・○○○健康保険組合 ・日本私立学校振興・共済事業団 等	本人・扶養
	文化 一郎					
フリガナ ゲイノウ ヨシコ	男・女	妻の母	昭平令 13 年 4 月 8 日	・広域連合	本人・扶養	
	芸能 よし子					

《重要》

※ 住所・氏名変更届、世帯全員記載の住民票、身分証明書の写し とともにご提出下さい。

※ 世帯全員が当組合に加入している場合や、一人世帯の場合は、「世帯全員が大阪文化芸能国民健康保険組合に加入しています。」にチェックを入れてください。

国民健康保険法により、世帯単位での加入が義務付けられています。同一世帯で家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当国保組合に加入していただくか、全員で市町村国保に加入するかのどちらかになります。

当国保組合と市町村国保の混在はできません。

※ 修学のため親の住民票から転出している方については加入できます。お問い合わせ下さい。