

[Inicio](#) > Cambio de número de afiliación (paso de beneficiario a titular)

---

Notificación del **cambio de número de afiliación a la Seguridad Social** por paso de beneficiario a titular

Nº Tarjeta Sanitaria \*

Por favor, introduzca el número de tarjeta sanitaria del usuario

N.I.F.

Por favor, introduzca el N.I.F. del usuario si lo tuviera

Nombre \*

Apellidos \*

Antiguo número de Afiliación a la Seguridad Social \*

Por favor, introduzca el número de afiliación

Nuevo número de afiliación a la Seguridad Social \*

Por favor, introduzca el nuevo número de afiliación de la Seguridad Social

Teléfono de contacto

---

**Source URL:** <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetasanitaria/que-desea-realizar/tsi-cambio-de-numero-de-afiliacion>