

常務理事	事務長		担当者

## 健康保険 被保険者変更・訂正届

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号
	記号番号が不明な場合はマイナンバーを記入	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	氏名	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

<b>《変更・訂正後》</b> 該当する番号に○をつけてください		変更年月日	年	月	日
1	記号 - 番号				
2	氏名	フリガナ -----			
3	生年月日	昭・平・令	年	月	日
4	性別	男 ・ 女			
5	取得年月日	昭・平・令	年	月	日
6	個人番号 (マイナンバー)				

※添付書類  
 健康保険被保険者証又は資格確認書（1、5の場合）  
 変更が確認できる公的書類（コピー可）（2、6の場合）

事業主欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	事業所住所
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号： (      )

受付年月日