

|      |     |  |     |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|      |     |  |     |

健康保険 被保険者変更・訂正届

|                            |                              |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者等<br>記号・番号               | 記号 000 番号 000000                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 記号番号が不明な場<br>合はマイナンバーを<br>記入 | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            |                              |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名                        | 健保 愛子                        |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                              |                     |                        |                |
|------------------------------|---------------------|------------------------|----------------|
| 《変更・訂正後》<br>該当する番号に○をつけてください |                     | 変更年月日                  | 00 年 00 月 00 日 |
| 1                            | 記 号 - 番 号           |                        |                |
| ②                            | 氏 名                 | フリガナ ミツビシ アイコ<br>三菱 愛子 |                |
| 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<br>(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（155の場合）  
変更が確認できる公的書類（コピー可）（256の場合）

|                  |                     |     |
|------------------|---------------------|-----|
| 事<br>業<br>主<br>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