

健康保険 登録情報変更(訂正)届

届出年月日 令和	年	月	日	届出理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 結婚
記号・番号 (保険証左上に記載)	一			事業所名	
被保険者氏名				被保険者 TEL	()

■以下の変更の方は、**健康保険証の交換が必要**となります。

□ 氏名	対象者			変更(訂正)前氏名				
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人			フリガナ				
	続柄			フリガナ				
				フリガナ				
<input type="checkbox"/> 被扶養者			続柄			フリガナ		
						フリガナ		
続柄			フリガナ					
			フリガナ					

変更(訂正)後氏名						
フリガナ						
フリガナ						
フリガナ						
フリガナ						

□ 生年月日	対象者氏名		変更(訂正)前生年月日				
			<input type="checkbox"/> 昭和		年	月	日

変更(訂正)後生年月日						
<input type="checkbox"/> 昭和		年	月	日		
<input type="checkbox"/> 平成						
<input type="checkbox"/> 令和						

□ 性別	対象者氏名		変更(訂正)前性別				
			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			

変更(訂正)後性別						
<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女					

■住所が変わる対象者全員を記入して下さい。

保険証裏面の住所は旧住所を二重線で消して新住所を記入するか、修正液などで上書きしてそのままご使用ください。

□ 住所・電話番号	対象者氏名 ※対象者全員の氏名を記入。		変更(訂正)前住所				
			郵便番号		—		
			都道府県	都・道府・県			
			TEL	—	—		

変更(訂正)後住所						
郵便番号		—				
都道府県	都・道府・県					
TEL	—	—				

健保組合		
決裁	処理	

健保受付

事業所	
責任者	担当