

# 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"/> 単身赴任	<input type="checkbox"/> 結婚
						<input type="checkbox"/> その他 ( )		
記号・番号 (保険証左上に記載)		-			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。

<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者	続柄	フリガナ			
		続柄	フリガナ			
続柄		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					
フリガナ					

<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 平成						
		<input type="checkbox"/> 令和						

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						

<input type="checkbox"/> 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。**

<input type="checkbox"/> 住所・電話番号	対象者氏名 <small>※対象者全員の氏名を記入。</small>		変更(訂正)前住所			
			郵便番号		-	
			都道府県	都・道府・県		
			TEL			
			TEL		-	

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

健 保 組 合		
決 裁	処 理	

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当