

健康保険 登録情報変更(訂正)届

記号・番号 (保険証左上に記載)	999 - 9999	被保険者氏名	健保 康子 印
事業所名	〇〇〇〇株式会社		
届出理由	<input checked="" type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input checked="" type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> その他()	届出年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日

■ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 氏	対象者	変更(訂正)前氏名		
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人	フリガナ	コクホ	ヤスコ
		国保 康子		
		フリガナ		
<input type="checkbox"/> 被扶養者	続柄			
	フリガナ			
	続柄			

変更(訂正)後氏名	
フリガナ	ケンポ ヤスコ
健保 康子	
フリガナ	
フリガナ	
フリガナ	

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

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

<input type="checkbox"/> 性 <input type="checkbox"/> 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	

■ 健康保険証の交換が必要な場合は、健康保険証を添付してください。

(健康保険証の交換が不要で、住所が変わる方も必ず対象者に記入して下さい。)

<input checked="" 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			
	健保 康子	郵便番号	999	-	9999
	都道府県	〇〇	都・道 府・ 県		
	※市区町村以下				
	〇〇市 〇〇 9-9-9				
		TEL		-	-

変更(訂正)後住所					
郵便番号	111	-	1111		
都道府県	××		都・道 府・ 県		
※市区町村以下					
××市 ×× 9-9-9					
		TEL		-	-

健保処理欄
<input type="checkbox"/> データのみ
<input type="checkbox"/> 証発行有り

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当