

健康保険 任意継続被保険者 氏名 住所 性別 変更(訂正)届
生年月日 電話番号

被保険者欄	被保険者		被保険者の氏名				生年月日				
	記号	900	フリガナ				昭和 平成	年	月	日	
	番号										
	被保険者の住所		〒 _____				連絡先				
						電話	-	-			
						携帯	-	-			

下記のとおり変更(訂正)したので届出します。

変更箇所に☑をし、変更前・変更後の内容を記入してください。

	変 更 前	変 更 後
氏 名 <input type="checkbox"/>	フリガナ _____ (氏) (名)	フリガナ _____ (氏) (名)
被保険者および被扶養者の方の被保険者証または資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証等を添付してください		
生年月日 <input type="checkbox"/>	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
性 別 <input type="checkbox"/>	男 ・ 女	男 ・ 女
住 所 <input type="checkbox"/>	〒 _____ _____ _____	〒 _____ _____ _____
(住所変更年月日) 令和 年 月 日		
連絡先 <input type="checkbox"/>	電話 - - 携帯 - -	電話 - - 携帯 - -
備 考	被保険者証等が添付できない場合は、理由を記入してください	

- 被保険者の被保険者証等を添付してください。高齢受給者証や限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、併せて添付してください。
- 氏名を変更される場合は、被保険者およびその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証等を添付してください。

健康保険組合使用欄

			受付日		受付番号	
			証回収日	被保険者 ・ 被扶養者		
			証交付日	郵送 ・ 手渡し		