

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険(任意継続) 被扶養者 氏名 生年月日 等 変更(訂正)届

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号	番号				
	2	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成		年		月	日
	3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) (氏)		(名)			
	4	被 保 険 者 の 住 所	〒			-		
				都 道 府 県				

下記のとおり変更(訂正)したので届出します。 令和 年 月 日届出

※ 変更となる項番を「○」で囲み、該当項目について「変更前」・「変更後」を記入してください。

対 象 被 扶 養 者		(氏)	(名)
変 更 と な る 項 目		変 更 前	変 更 後
5	氏 名	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (氏)
6	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
7	性 別	男 ・ 女	男 ・ 女
8	続 柄		

対 象 被 扶 養 者		(氏)	(名)
変 更 と な る 項 目		変 更 前	変 更 後
5	氏 名	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (氏)
6	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
7	性 別	男 ・ 女	男 ・ 女
8	続 柄		

【留意事項】

受付日付印

※ 氏名、生年月日、性別を変更(訂正)される場合

被保険者証の添付が必要です。また、高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている場合はそちらも併せて添付してください。