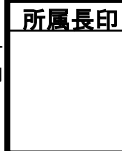


又日
は付
認印
印



[注]被保険者が自身が
マネジャー以上の場合

健康保険 被扶養者(氏名・生年月日)変更・訂正届

平成 年 月 日 申請

太枠内を記入し、押印(被保険者・所属長)してください。

被保険者証の 記号・番号		勤務地	被保険者氏名		印 (認印)	性別	生年月日	※資格取得年月日
[記号]			(フリガナ) -----		○	男・女	[和暦] -----	年 月 日
[番号]		所属部署					年 月 日	※標準報酬月額
被保険者住所: 〒 -----								
変更 訂正	同居 別居	変更・訂正する被扶養者氏名		性別	生年月日	続柄	氏名・生年月日を変更および 訂正する日とその理由	
変更 訂正 (前)	同 ・ 別	(フリガナ) 姓 -----	名 -----	男・女	[和暦] -----		[和暦] -----	認定 . .
変更 訂正 (後)	同 ・ 別	(フリガナ) 姓 -----	名 -----	男・女	[和暦] -----	理由	年 月 日	消滅 . .
変更 訂正 (前)	同 ・ 別	(フリガナ) 姓 -----	名 -----	男・女	[和暦] -----		[和暦] -----	年 月 日
変更 訂正 (後)	同 ・ 別	(フリガナ) 姓 -----	名 -----	男・女	[和暦] -----	理由	年 月 日	消滅 . .
								消滅 . .

(記入上の注意)

- 太線内は必ず記入・捺印してください。
- ※ 健保処理欄は記入しないでください。
- 氏名にフリガナを必ず付してください。
- 対象となる被扶養者の氏名・生年月日な、変更・訂正前は上段、変更訂正後は下段に記入ください。
- 変更・訂正の理由は具体的に記入してください。
- 続柄は子供の場合、子ではなく長男・長女等と記入してください。
- 変更・訂正の対象となる被扶養者の保険証を必ず添付してください。

※健保処理欄

常務理事	事務長	担当