

健康保険 任意継続被保険者
氏名・住所等変更(訂正)届

常務理事 事務長 担当者

記入例

記入日 2022 年 9 月 12 日

被保険者情報	被保険者証の	記号	1399	番号	1234	生年月日	1960	年	1	月	25	日
	氏名	健保 合				電話番号 (日中の連絡先)	012	(234)	5678	
	住所	(〒 111 - 1111) 〇〇県〇〇市〇〇町2-3-18										

申請内容	対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)																												
	変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください																													
	変更となる項目	変更後						変更前																						
	フリガナ																													
	氏名 (※)																													
	生年月日 (※)	年			月			日			年			月			日													
	性別 (※)	<input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 男			<input type="checkbox"/> 女																			
	住所	(〒 111 - 1111) 〇〇県〇〇市〇〇町2-3-18						222 - 2222) 〇〇県〇〇市〇〇町5-10																						
	住所変更年月日						2022			年			9			月			23			日								
電話番号	012			(234)			5678			022			(345)			6898		
備考																														

※ 氏名・生年月日・性別を変更(訂正)する場合は、保険証・高齢受給者証・限度額適用認定証を添付してください

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が
付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

受付印