【2024年12月改訂】

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	2024 年 12 月 20 日

被保険者情報

被保険者等	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	☑ 被保険者　☐ 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　（※）	☐ 男　☐ 女	☐ 男　☐ 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　2024 年 12 月 7 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、
保険証または資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証を添付してください

受付印

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。

東リ健康保険組合