

常務理事	事務長	次長	課長代理	係長	担当

被保険者証記載事項変更(訂正)届

被保険者証の	記号 番号	事業所の名称	
被保険者氏名 (変更前)	(フリガナ)	変更(訂正)事由 《該当するところの□にチェックをして下さい》	
		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)の <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/> 生年月日の <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)の <input type="checkbox"/>	

(訂正後)	フリガナ		続柄	生 年 月 日
	氏 名			昭・平・令 年 月 日
(訂正後)	フリガナ		続柄	生 年 月 日
	氏 名			昭・平・令 年 月 日
(訂正後)	フリガナ		続柄	生 年 月 日
	氏 名			昭・平・令 年 月 日
(訂正後)	フリガナ		続柄	生 年 月 日
	氏 名			昭・平・令 年 月 日
(訂正後)	フリガナ		続柄	生 年 月 日
	氏 名			昭・平・令 年 月 日

- (注) 1. この届書は、被保険者証に記載されている、被保険者(被扶養者)の『氏名』『続柄』『生年月日』に変更又は訂正があったときに変更後(訂正後)の欄に正しいものを記入し、その保険証を添えて届出てください。
2. 厚生年金手帳の変更及び訂正については、社会保険事務所にある変更・訂正届に記載事項を記入し社会保険事務所に提出してください。

令和 年 月 日

事業所所在地 〒 ー

事業所名称

事業主名

電話番号 ()

受 付 日

玩具人形健康保険組合