常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当

被保険者氏名等記載事項変更(訂正)届

					_	ı					
被保険者(申請者)	被保険者等記号			番号		記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください					
							_	_	_		
	フリ:	ガナ				± ₩ =/	0 2 1h				
	氏	名			事業所の名称						
	変更・訂正事由《該当の所に☑をして下さい》										
	被保険者(本人)の 変更・訂正 → □ 氏名 □ 性別 □ 生年月日										
	被扶	被扶養者(家族)の 変更・訂正 → □ 氏名 □ 続柄 □ 性別 □ 生年月日									
	フリガナ				続柄	性別		□ 昭和			
	氏 名						生年月日	□ 平成	年	月	日
	I							□ 令和			
	フリガナ				続柄	性別		□ 昭和			
変更	氏 名						生年月日	□ 平成	年	月	日
後								□ 令和			
仮	フリガナ				続柄	性別		□ 昭和			
訂	氏 名						生年月日	□ 平成	年	月	日
正	70 1							□ 令和			
後	フリガナ				続柄	性別		□ 昭和			
)	氏 名						生年月日	□ 平成	年	月	日
	i i							□ 令和			
	フリガナ				続柄	性別		□ 昭和			
	氏 名						生年月日	□ 平成	年	月	日
	7 7							□ 令和			
	7 A D #	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	『△ +/ =T	2.1±+12.5 10.50							

注. この届書は、被保険者証・資格情報のお知らせ・資格確認書に記載されている、被保険者(被扶養者)の 「氏名」・「続柄」・「性別」・「生年月日」に変更または訂正があった時に変更後(訂正後)の欄に正しいものを 記入し、被保険者証等を添えて届出てください。

事	上記のとおり申請がありましたので届出します。 事業所所在地
業主	事業所名称
欄	電話番号

受付日印	
X IJ II FI	

玩具人形健康保険組合(R6.12)