

常務理事	事務長	担当者	処理欄	起案	日 日
				台帳記入	記入不要
				証作成交付	月 日

健康保険 被保険者関係変更(訂正)届

被保険者証の	記号	〇〇	事業所の名称	お勤めの会社名 (任意継続者は記入不要)
	番号	〇〇〇〇		
被保険者の氏名		健保 太郎		

届出の事由		変更(訂正)後		変更(訂正)前	
届出の種類	被保険者	フリカナ氏名	ケンポ太郎 健保 太郎	性別	ケンポ太郎 健保 太郎
		生年月日	年 月 日	年 月 日	
	住所	〒 164-0001 東京都中野区中野4-10-1	和暦プルダウンより選択	〒 160-8383 東京都新宿区西新宿3-4-7	
	電話	TEL:03-6743-6791		TEL:03-1234-1234	
被扶養者	フリカナ氏名	ケンポハナコ 健保 花子	性別	ケンポハナコ 健保 花子	性別
		生年月日	年 月 日	年 月 日	
	住所	被保険者・被扶養者について氏名・性別・生年月日・住所・電話番号に変更(訂正)がある場合には、その個所の変更(訂正)前と変更(訂正)後の内容を記入してください。 ※性別・生年月日・住所・電話番号の変更の場合でも「氏名」は必ずご記入願います。			
	電話	被保険者と同じ住所の場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 別の場合は住所を記入してください。			
変更の事由		転居のため			

上記のとおり届出します。

理由を記入

令和 年 月 日

栗田健康保険組合 理事長 殿

事業主欄	住所	〒	会社で証明する欄 (任意継続者は不要)
	名称		
	電話		

※届出欄は変更箇所のみ記入し、会社の健保担当者へ提出  
 ※変更の被扶養者が3人以上いる場合は人数分提出