

健 保 使 用 欄	常務理事			担当者

健康保険 任意継続被保険者 登録事項変更(訂正)届

※対象者の被保険者証を添付してください。
(被保険者の氏名を変更・訂正する場合は、被扶養者全員の被保険者証も添付してください)

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号－番号	—	被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	被保険者 居所住所 (※)	〒 —	電話番号 (日中の連絡先)	— —
	※居所住所が住民票住所と異なる場合は、下部の備考欄に住民票住所を記入してください。			

変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。

申 請 内 容	変更となる項目	変更前		変更後	
	氏名	フリガナ (氏) (名)	フリガナ (氏) (名)
生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
居所住所(※)	〒 —		〒 —		
	※居所住所が住民票住所と異なる場合は、下部の備考欄に住民票住所を記入してください。	住所変更年月日 令和 年 月 日			
電話番号		— —		— —	

備考欄	
-----	--

令和 年 月 日提出

「 受付年月日 」