

常務理事	事務長	係

処 理

被 保 険 者 氏 名 訂 正 届
被 扶 養 者 氏 名 変 更

年 月 日

七十七銀行健康保険組合理事長 殿

旧 氏 名

生 年 月 日 年 月 日

訂 正
変 更
下 記 の 通 り 変 更 がありますのでお届けいたします

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	—	事 業 所 の 名 称	
フ リ ガ ナ 変 更 後 の 氏 名			
変 更 の 年 月 日	年 月 日	変 更 の 事 由	
被 扶 養 者 の 氏 名	変 更 前 の 氏 名	変 更 後 の 氏 名	
<input type="checkbox"/> この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容については誤りがないことを申請者本人に確認している。(確認のうえ□に✓)			
<p>年 月 日 住所 事業主 氏名</p>			

※被保険者証（保有している方）、資格確認書（交付を受けている方）を添付のこと

(注) 被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記欄に記載して下さい。

個人番号 (マイナンバー)					-						-				
------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

データ登録	係	照 合

(様式 7)

(R6.12)