様　式　26

事業主経由
JFE 健康保険組合　行

常務理事	事務長	室　長	担　当

被扶養者氏名・生年月日・続柄・変更訂正届

平成　　年　　月　　日

必ず対象者の保険証を添付してください

記　号	番　号	被保険者氏名	受領印	変更訂正年月日	※ (旧) 続柄コード
				年　月　日	※　※

続柄	被扶養者氏名（変更訂正後）	生年月日（変更訂正後）
	(フリガナ) (氏　名)	昭・平　S・H　年　月　日生

続　柄	変更訂正前の被扶養者氏名	変更訂正前の生年月日
		昭・平　年　月　日生

注　1．※欄は記入しないでください。
　　2．変更したことがわかる住民票記載事項証明書を必ず添付してください。
　　3．健康保険被保険者証を同時に提出してください。

事業主

担当者氏名　　印

TEL

健保受付印