

# 健康保険被保険者証 記載事項改訂届

常務理事	事務長	担当者

TOYO TIRE健康保険組合理事長 殿

被保険者証の 記号及び番号	11 - 12345	事業所名	〇〇工場
被保険者 氏名	健保 花子	改訂年月日	R. 4 年 4 月 10 日

改訂事項 (下記該当事項に☑をつけて下さい)	改訂理由
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> 改姓(名) <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> その他の事項	婚姻のため

変更・訂正後(新)			変更・訂正前(旧)		
被保険者 氏名	フリガナ トヨウ ハナコ 東洋 花子	性別	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	性別	
生年月日	S. H. 年 月 日		S. H. 年 月 日		
被扶養者 氏名	フリガナ	性別	フリガナ	性別	
生年月日	S. H. R. 年 月 日		S. H. R. 年 月 日		
被扶養者 氏名	フリガナ	性別	フリガナ	性別	
生年月日	S. H. R. 年 月 日		S. H. R. 年 月 日		
被扶養者 氏名	フリガナ	性別	フリガナ	性別	
生年月日	S. H. R. 年 月 日		S. H. R. 年 月 日		
被扶養者 氏名	フリガナ	性別	フリガナ	性別	
生年月日	S. H. R. 年 月 日		S. H. R. 年 月 日		

【 事業主記載欄 】

事業主 証明欄	・この届出書の内容が正しいことを証明します。 ・この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがなく申請者本人が確認している。
事業所 所在地	年 月 日 提出
事業主 氏名	
電話番号	

健保確認欄	証回収	
	/	枚

健保受付印

(注) 変更する方の被保険者証を添付のうえ各事業所の健保窓口へ提出して下さい。