

りそな健康保険組合 御中

健康保険 被保険者 〔 氏 名 ・ 生年月日 〕 変更・訂正届
 被扶養者 〔 続 柄 ・ 住 所 〕

※印鑑は苗字と同一をお願いします

被保険者証の 記号と番号		被保険者 氏名・捺印	(印)
被保険者の 生年月日	年 月 日生	被保険者の 性 別	男 ・ 女
変更する箇所のみ記入			
区 分 (フリガナ)	変 更 前	変 更 後	変更・訂正の事由
氏 名			
給与口座の名義変更 (どちらかに○印)	済 未 ⇒ 給付金・補助金等の振込ができない場合がありますので、早急に変更してください。		
生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生	
続 柄			
住 所	〒 — —	〒 — —	
電 話 番 号	— —	— —	
事業所 所在地 名 称 事業主 氏 名	上記の通り相違ないことを証明します。 (役印)		
総務担当者氏名 及び連絡先	電話		

※ 氏名、生年月日、続柄を変更・訂正する場合

添付書類

- ① 健康保険被保険者証 (住所変更の場合は不要)
- ② 変更が確認できる書類 (住所変更の場合は不要)
 変更訂正済みの公的な書類等 (写しで可)
 免許証・受理証明書・住民票等

※ 住所を変更・訂正する場合

住所訂正用シールの要否 (どちらかを○で囲んでください)	要 ・ 否
「要」の場合の必要枚数	枚

【健保使用欄】

年 月 日	
検印	担当者