

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	4 0 1 0 1 2 3 4 5	被保険者 氏名・捺印	りそな 太郎 り ぞ な
被保険者の 生年月日	1965 年 12 月 12 日生	被保険者の 性 別	男 ・ 女
変更がある項目のみ記入。			
	変 更 前	変 更 後	変更・訂正の事由
(フリガナ)			
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	〒 100 - 8112 東京都江東区木場 1 - 5 - 6 5	〒 540 - 8610 大阪市中央区備後町 2 - 2 - 1	転勤に伴う転居
電 話 番 号	03 - 1234 - 5678	06 - 9876 - 5432	
事業所 所在地	上記の通り相違ないことを証明します。 大阪市中央区備後町 2 - 2 - 1		
名 称	株式会社りそな銀行 大阪営業部		
事業主 氏 名	大阪営業部長 ○○ ○○		之 業 大 印 部 阪 長 営 (役 印)
総務担当者氏名 及び連絡先	△△ △△	電話	06-6268-1234

※ 氏名、生年月日、続柄を変更・訂正する場合

直通の電話番号を記入してください。

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	3 枚

「被扶養者人数+1 (本人分)」が上限です。

【健保使用欄】

年 月 日	
検印	担当者

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	4 0 1 0 1 2 3 4 5	被保険者 氏名・捺印	りそな 花子 り ぞ な
被保険者の 生年月日	1975 年 10 月 31 日生	被保険者の 性 別	男 ・ 女
変更がある項目のみ記入。			
フリガナ	変 更 前 リソナ ハナコ	変 更 後 サイタマ ハナコ	変更・訂正の事由
氏 名	りそな 花子	埼玉 花子	結婚
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	月 日生	年 月 日生	
続 柄	給与振込口座の名義が変更されていない場合、給付金、補助金等の振込ができない場合があります。		
住 所			
電 話 番 号	— —	— —	
事業所 所在地	上記の通り相違ないことを証明します。 大阪市中央区備後町 2-2-1		
名 称	株式会社りそな銀行 大阪営業部		
事業主 氏 名	大阪営業部長 ○○ ○○ 之業大 印部阪 長菅 (役印)		
総務担当者氏名 及び連絡先	△△ △△	電話	06-6268-1234

※ 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

直通の電話番号を記入してください。

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】

平成 年 月 日	
検印	担当者