

任意継続  
特例退職

# 被保険者証記載事項変更(訂正)届

処理年月日 平成 年 月 日

常務理事	事務局長	事務局次長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

〔下記の事項がおきたときは、この届書により提出してください。〕  
被保険者(被扶養者)の氏名、続柄、生年月日、住所等の変更と訂正

被保険者証の 記号・番号		記号	番号		この欄の該当するものを○で囲んでください。			
被保険者氏名 変更(訂正) 後氏名		(フリガナ)			変更 (訂正) 事由	被保険者 被扶養者 の氏名、続柄、生年月日、住所の		変更 訂正
				変更(訂正) 年月日		平成 年 月 日		
変更前の (訂正前)	氏名		続柄		※ 別居と なった	理由		仕送り額 月平均 円
	生年月日	昭和 平成 年 月 日生				住所	〒	対象者の 年収額 円
	住所	〒						
変更後の (訂正後)	氏名	(フリガナ)			(注) 1. この届出書は、変更のあった日から5日以内に提出してください。 2. 氏名・生年月日・続柄・住所の変更及び訂正は従来のものを変更前に、新規のものを変更後の欄に記入してください。 3. 住所の変更は、被保険者証を各自で訂正していただき、被保険者証を添付する必要はありません。 4. 被扶養者が別居となった場合は、※印欄に記入してください。その場合、世帯全員の住民票等の添付が必要となる場合がありますので、事前にお問い合わせください。 <b>※特例退職被保険者の住所変更は、世帯全員の住民票が必要です。</b>			
	生年月日	昭和 平成 年 月 日生						
	住所	〒						

住所 〒  
(変更後)

受付日付印

平成 年 月 日

氏名

印

出版健康保険組合殿

TEL

( )