

被保険者証記載事項変更(訂正)届

処理年月日

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。

- ・被保険者の生年月日、住所等の変更と訂正
- ・被扶養者の氏名、生年月日、住所等の変更と訂正

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

被保険者の記号・番号	記号 8875	番号 561	事業所の名称	株式会社 OX 出版				
被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保花子		変更(訂正)事由	この欄の該当するものを○で囲んでください。				
変更前の(訂正前)	氏名	続柄		被保険者	(生年月日)	(住所)	変更	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被扶養者	(氏名)	(続柄)	(生年月日)	(住所)	訂正
	住所	〒OX△-XXXX 文京区白山 X-X-X		変更(訂正)年月日	令和 5 年 5 月 8 日			
変更後の(訂正後)	氏名	続柄	※別居となった	理由	月平均 仕送り額 円			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生		住所	〒 円			
変更後の(訂正後)	住所	〒X△0-XXXX 中野区若宮 X-X-X		(注) 1. この届書は、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、被保険者証を添付する必要はありません。各自で訂正してください。 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。その場合は、住民票等の添付が必要となることがありますので、事前にお問い合わせください。				
	住所	〒X△0-XXXX 中野区若宮 X-X-X						

令和 5 年 5 月 23 日

出版健康保険組合殿

事業所所在地
事業所名称
事業所主氏名
事業所電話番号

△X0-XXXX

横浜市中区相生町 X-X
株式会社 OX 出版
代表取締役 千代田 太郎
045-231-XXXX

受付日付印