

※ 健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

住 所 変 更
 被 保 険 者 氏 名 変 更 届
 被 扶 養 者 氏 名 訂 正
 生 年 月 日 訂 正

※該当する届にチェックを付けてください

被保険者証	記号	番号	被 保 険 者 氏 名	
				フリガナ
住 所 住所シール希望 ・する 枚 ・しない	変 更 (訂 正) 後		変 更 (訂 正) 前	
	フリガナ	〒 - TEL ()	フリガナ	〒 - TEL ()
該 当 者 氏 名	フリガナ		フリガナ	
生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日
変 更 訂 正 の 理 由			変 更 訂 正 年 月 日	令和 年 月 日

記入例を参照し、太枠内の必要事項に記入し、該当するものに○を付けてください。

令和 年 月 日 提出

※添付書類および注意事項

- 住所変更・・・ 添付書類不要。住所変更による被保険者証の再交付はしておりません。健康保険証の住所・備考欄に余白がない場合は住所シールを送付いたしますので、必要な方は住所シール希望欄のするに○を付け、必要枚数をご記入ください。
- 氏名変更・・・ 健康保険証、戸籍謄本(結婚および離婚以外の理由の場合)
- 氏名訂正・・・ 健康保険証
- 生年月日訂正 健康保険証
- * 内容によっては別途添付書類をいただく場合もあります。

事業所住所	
事業所名称	
事業主(代理人)氏名	

住所変更
 被保険者氏名変更
 被扶養者氏名訂正
 生年月日訂正

健康保険 確認通知書

※該当する届にチェックを付けてください

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		
			フリガナ		
住所		変更（訂正）後		変更（訂正）前	
住所シール希望 ・する 枚 ・しない		フリガナ		フリガナ	
		〒 - TEL ()		〒 - TEL ()	
該当者氏名		フリガナ		フリガナ	
生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日	
変更訂正の理由				変更訂正 年月日	令和 年 月 日

事業所住所	
事業所名称	
事業主(代理人)氏名	

殿

セキスイ健康保険組合 理事長