

※ 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  
 被扶養者  氏 名 訂 正  
 生年月日 訂 正

届

※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 ( )	フリガナ 〒 - TEL ( )
該 当 者 氏 名	フリガナ .....	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 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	〒 - 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			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