

健康保険

住金関係会社健康保険組合使用欄 平成29年1月1日改定

氏名・適用事項変更（訂正）届

常務理事	事務長	参事補	担当者

証記号	1	2	3	証番号	4	5								被保険者氏名	高木 新太
対象者	2	1. 被保険者のみ 2. 世帯全員 3. 被扶養者 ()													

変更欄	変更年月日	7.平成 年 月 日										変更理由					
	該当事項	変更 後										変更 前					
	被保険者証番号の変更																
	フリガナ																
	氏名の変更																
	性別の変更																
訂正欄	訂正年月日	7	7.平成	29	年	4	月	1	日	訂正理由	戸籍の漢字・カナに訂正します。						
	該当事項	訂正 後										訂正 前					
	フリガナ	タカキ										タガギ					
	氏名の訂正	高木										高木					
	生年月日の訂正		5.昭和		年		月		日		5.昭和		年		月		日
	性別もしくは続柄の訂正																
	個人番号の訂正																
	資格取得日の訂正		5.昭和		年		月		日		5.昭和		年		月		日
	資格喪失日の訂正		5.昭和		年		月		日		5.昭和		年		月		日
報酬月額 及び 標準報酬月額	(通貨)		円	標準		報酬		月額		(通貨)		円	標準		報酬		月額
	(現物)		円							(現物)		円					
	(合計)		円					千円		(合計)		円					千円
取消欄	資格取得の取消	7.平成 年 月 日										取消理由					
	資格喪失の取消	7.平成 年 月 日										取消理由					

事業所欄	上記のとおり証明します。	所在地	●●●●県▲▲▲▲市○○1-2-3
		名称	■■■■■■株式会社
	平成 29 年 2 月 14 日	役職	総務部長
		氏名・印	厚生 博
		電話番号	0101 - 11 - 1414

■
■
■
■

- 【注意事項】
- この届は、すべて和暦で記入し、事由発生以後、速やかに提出下さい。
 - 選択欄は選択肢の左に該当数字を記入するか、該当数字に○を記入して下さい。
 - 個人番号・報酬月額・資格喪失以外は、変更前の被保険者（被扶養者分を含む）証をこの届に添付して下さい。
 - 限度額適用認定証、特定疾病療養受領証、高齢受給者証をお持ちの方は、被保険者（被扶養者分を含む）証と併せて添付して下さい。