

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

健 康 保 險

任意継続被保険者 氏名変更(訂正)届

健康保険証または資格確認書を添付してください。

◎	※	① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号	④ 生年月日	送信
印欄は記入しないでください。	※	999			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	送信
	⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(フリガナ) (氏)	(名)	(氏)	(名)	① 備考 送信
	⑦ 変更前の氏名					

令和 年 月 日提出

受付日付印

被保険者住所	〒	一
被保険者氏名		
電話番号	(局)	番

関東百貨店健康保険組合