

正

理事長	常務理事	事務長	係

健康保険被保険者関係 変更 訂正 取消 届

届出事項(該当する項目)を○で囲む	被保険者 記号・番号	—			
1.被保険者氏名変更	被保険者 氏名				
2.被保険者氏名誤届訂正					
3.被保険者生年月日誤届訂正					
4.被扶養者氏名誤届訂正	被保険者 生年月日	昭和・平成	年	月	日
5.資格取得年月日誤届訂正					
6.資格取得取消	性 別	男	・	女	
7.資格喪失年月日誤届訂正					
8.資格喪失取消	備 考				
9.標準報酬月額誤届訂正					
10.					
変更・訂正・取消の内容					
変更・訂正・取消後 の、正当となる事項					
変更・訂正・取消前 の事項					
変更・訂正・取消年月日	令和 年 月 日				
変更・訂正・取消の 理由					
上の申請について、事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 Tel ()				受 付 印	

副

理事長	常務理事	事務長	係

健康保険被保険者関係 変更 訂正 取消 受理通知書

届出事項(該当する項目)を○で囲む	被保険者 記号・番号	—			
1.被保険者氏名変更	被保険者 氏名				
2.被保険者氏名誤届訂正					
3.被保険者生年月日誤届訂正					
4.被扶養者氏名誤届訂正	被保険者 生年月日	昭和・平成	年	月	日
5.資格取得年月日誤届訂正					
6.資格取得取消	性 別	男 ・ 女			
7.資格喪失年月日誤届訂正					
8.資格喪失取消	備 考				
9.標準報酬月額誤届訂正					
10.					
変更・訂正・取消の内容					
変更・訂正・取消後 の、正当となる事項					
変更・訂正・取消前 の事項					
変更・訂正・取消年月日	令和 年 月 日				
変更・訂正・取消の 理由					

受 付 印

提出された変更・訂正・取消届にもとづき、上のおり
被保険者の資格得喪が確認、標準報酬が決定、その
他の事項が受理されたから通知します。