

# 健康保険任意継続被保険者(被扶養者) 氏名・住所 変更(訂正)届

※ 裏面の注意事項をご覧のうえ、太枠内にご記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (右つめ)	記号 □ □ □	番号 □ □ □ □ □	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 □ □ □ □ □ □	
	氏名	(フリガナ)				
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 — ) TEL ( )				

申 請 内 容 ※変更となる項目のみ変更前と変更後をご記入ください	変更となる項目	変更前	変更後	
	氏名	被保険者	(フリガナ)	(フリガナ)
		被扶養者	(フリガナ)	(フリガナ)
	住所	(〒 — )	(〒 — )	
	電話番号 (日中の連絡先)			

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

備考	
----	--

伺	常務理事	事務長	課長	係長	係	調定	補助簿

受 付 日 付 印

## ◎注意事項

## ※必ずお読みください。

- ・この届出書は変更(訂正)事項が発生した日から5日以内に提出してください。
- ・この届出書を提出されないと適正な保険給付ができないことがありますから、特に注意してください。

### ■添付書類について

- ・変更(訂正)の確認ができる、世帯全員と表示のある住民票(原本)、または免許証の写しを添付してください。

### ■氏名変更(訂正)の場合は併せて次に該当するものを添付してください。

- ・変更になる方の健康保険被保険者証を添付してください。
- ・被保険者の氏名を変更(訂正)する場合は、被扶養者の方の健康保険被保険者証も併せて添付してください。
- ・高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。

---

### ■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課 TEL: 052-211-2439

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>