

健康保険（被保険者・被扶養者）記載事項変更（訂正）届

【※被保険者証添付】

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者証記号・番号	—			被保険者氏名			
申請内容	[]内は該当するものを○で囲んでください。						
	[被保険者・被扶養者] の [氏名・フリガナ・続柄・生年月日・性別] の [変更・訂正]						
変更後(氏名以外は変更項目のみ記載)				変更前(氏名以外は変更項目のみ記載)			
氏名(必須記載)	性別	生年月日	続柄	氏名(必須記載)	性別	生年月日	続柄
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和		(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和	
		年 月 日				年 月 日	
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和		(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和	
		年 月 日				年 月 日	
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和		(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和	
		年 月 日				年 月 日	
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和		(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和	
		年 月 日				年 月 日	

上記のとおりお届けします。

記入日 年 月 日

受付日付印

事業主欄	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	

注) この届出は変更のあった日から5日以内に提出してください。

京都府農協健康保険組合理事長 殿