健康保険（被保険者・被扶養者）記載事項変更（訂正）届

常務理事	事務長	課長		担当者

被保険者等記号・番号	―	被保険者氏名	
申請内容	[　　]内は該当するものを〇で囲んでください。 [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 年　月　日		（フリガナ）	男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	
（フリガナ）	男・女	昭和・平成・令和 年　月　日		（フリガナ）	男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	
（フリガナ）	男・女	昭和・平成・令和 年　月　日		（フリガナ）	男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	
（フリガナ）	男・女	昭和・平成・令和 年　月　日		（フリガナ）	男・女	昭和・平成・令和 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