

健康保険被保険者証記載事項変更(訂正)届

サンリオ健康保険組合用			
常務理事	事務長	確認	担当

被保険者証の記号・番号	記号	番号	番号	事業所の名称	
被保険者氏名			変更(訂正)年月日	令和 年 月 日	
生年月日				昭・平・令 年 月 日 生	

氏名変更(訂正)	該当に○	被保険者・被扶養者	続柄			
	変更前 氏名				氏名変更理由	結婚・離婚・その他
	フリガナ				差し替える健康保険被保険者証の枚数	
	変更後 氏名				※氏名変更等、証表面の記載事項の変更・訂正は、差し替えるため現在の証を必ず添付 (被扶養者がいる被保険者の氏名変更は、被扶養者分の証も全て添付)	枚

住所変更(訂正)	変更者 氏名	続柄	変更後の住民票住所	変更後の居所 (住民票住所と同じ場合は記入不要)	(被扶養者は記入) 居所が被保険者と同居/別居	(被保険者は記入) 連絡先TEL
			フリガナ 〒	〒	同居・別居	- -
			フリガナ 〒	〒	同居・別居	- -
			フリガナ 〒	〒	同居・別居	- -
			フリガナ 〒	〒	同居・別居	- -

その他の記載事項の訂正	該当に○	訂正対象者 氏名	続柄	訂正前 内容	訂正後 内容
	生年月日・続柄・性別				

令和 年 月 日

(注)この届出は変更のあった日から5日以内に提出

住所変更については、住民票の記載どおりであることを確認しました。

上記の通りお届けします。

事業所の { 名称
 所在地
事業主の 氏名

サンリオ健康保険組合 殿