常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

健康保険

被保険者
氏名・フリガナ・生年月日
（変更・訂正）届

令和　　年　　月　　日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

事業主記入欄		
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	（　　）

受付印	確認印

社会保険労務士記載欄
氏名等

変更・訂正区分
1. 氏名変更 変更理由 （　　）
2. 氏名訂正
3. フリガナ訂正
4. 生年月日訂正
5. その他 （　　）

◎ 左記区分の該当する数字に〇をして下さい。

◎ 資格確認書を添付して下さい。（発行者のみ）

（被保険者の氏名変更・訂正については、被扶養者の資格確認書も添付して下さい。〈被扶養者の資格確認書に被保険者の氏名が印字されている為〉）

現在加入中の被扶養者　　名

変更・訂正前	被保険者		フリガナ	生年月日			
	記号	番号	氏名		年	月	日
				昭和			
				平成			

変更・訂正後	フリガナ	生年月日			
	氏名		年	月	日
		昭和			
		平成			

石油製品販売健康保険組合