

常務理事	事務長		担当者

## 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）

被保険者証 記号・番号	999・1234	変更項目	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者氏名 <input type="checkbox"/> 被扶養者氏名 <input type="checkbox"/> 被保険者生年月日 <input type="checkbox"/> 被扶養者生年月日 <input type="checkbox"/> その他誤届				
変更後（氏名以外は変更項目のみ記載）			変更前（変更項目のみ記載）				
氏名（必須記載）	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
(フリガナ) <span style="color: red;">クミアイ ハナコ</span> ----- <span style="color: red;">組合 花子</span>	男・女	(和暦) 年 月 日		(フリガナ) <span style="color: red;">ケンボ ハナコ</span> ----- <span style="color: red;">健保 花子</span>	男・女	(和暦) 年 月 日	
(フリガナ) -----	男・女	(和暦) 年 月 日		(フリガナ) -----	男・女	(和暦) 年 月 日	
(フリガナ) -----	男・女	(和暦) 年 月 日		(フリガナ) -----	男・女	(和暦) 年 月 日	
(フリガナ) -----	男・女	(和暦) 年 月 日		(フリガナ) -----	男・女	(和暦) 年 月 日	

上記のとおりお届けします

記入日            年    月    日

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

【事業所人事証明印】

事業所所在地	事業主の証明が必要です
事業所名称	
事業主氏名	
(印)	

【健保受付日付印】

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