

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	.	変更項目	<input 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) -----	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		(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