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

※被保険者証または資格確認書をお持ちの方は添付

※資格確認書の発行が必要な方は「資格確認書（新規）交付申請書」を添付

被保険者等記号・番号	９９９－１２３４	変更項目	☑被保険者氏名　☐被扶養者氏名　☐被保険者生年月日　☐被扶養者生年月日 ☐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）クミアイ　ハナコ 組合　花子	男・女	（和暦） 年　月　日		（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子	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

【健保受付日付印】

事業所所在地

事業所名　称

事業主氏　名

事業主の証明が必要です

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

R06.12