

| | | | |
|------|-----|--|--|
| 常務理事 | 事務長 | | |
| | | | |

**被保険者 健康保険被保険者証
被扶養者 記載内容変更届および再交付申請書**

| 被保険者証の 記号 | | 被保険者氏名 | | 資格取得年月日 | | 被保険者が勤務している事業所名称 | | | |
|--|----|----------------------|----|--------------------|----|----------------------|----|--|--|
| 記号 | 番号 | | | | | | | | |
| | | | | 年　月　日 | | | | | |
| 今回の変更対象に○をし、一部の被扶養者が対象になる場合は対象者の氏名もご記入下さい。 | | | | | | | | 被保険者証再交付の要・不要 | |
| 被保険者 ・ 世帯全員 ・ 被扶養者 → 被扶養者の氏名 | | | | | | | | 必要 ・ 不要 | |
| 変更年月日 令和 年　月　日 | | 変更(訂正)理由 | | | | | | ※氏名変更の場合は、"必要"に○をし、保険証を添付してください。 ※住所変更の場合は、保険証裏面住所記入欄に余白がない方のみ、"必要"に○をし、保険証を添付してください。 | |
| | | | | | | | | | |
| 変更後 (変更箇所のみ記入) | | | | 変更前 (変更箇所のみ記入) | | | | | |
| 氏名 フリガナ | 性別 | 生年月日 昭平令 年　月　日 | 続柄 | 氏名 フリガナ | 性別 | 生年月日 昭平令 年　月　日 | 続柄 | | |
| メールアドレス | | | | メールアドレス | | | | | |
| 住所 〒 一 | | | | 住所 〒 一 | | | | | |
| 電話(任意継続の方のみ) () ー | | | | 電話(任意継続の方のみ) () ー | | | | | |
| その他 | | | | その他 | | | | | |

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

| | | | | | |
|------------|---|--|--|---------------|--|
| 事業主の 証明 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 コスモスイニシアグループ健康保険組合 理事長 殿 年　月　日 所在地 名称 事業主名 | | | 社会保険労務士 提出代行者 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

受付日付印