

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

健康保険被保険者証
記載内容変更届および再交付申請書

| 被保険者証の | | 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 | 健保 愛子 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 株式会社〇〇〇〇 | | | |
| 000 | 000 | | | | | | |
| 今回の変更対象に〇をし、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 | | 変更(訂正)理由 | | | | | ※氏名変更の場合は、“必要”に〇をし、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”に〇をし、保険証を添付してください。 |
| 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | 結婚のため | | | | | |
| 変更後 (変更箇所のみ記入) | | | | 変更前 (変更箇所のみ記入) | | | |
| 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 |
| フリガナ ケンボ アイコ 健保 愛子 | | 昭平 年 月 日 令 | | フリガナ コスモス アイコ 秋桜 愛子 | | 昭平 年 月 日 令 | |
| メールアドレス aaaaa@aa.co.jp | | | | メールアドレス kkkkk@aa.co.jp | | | |
| 住所 〒 111 - 2222 東京都〇〇区△町1-1-1 電話(任意継続の方のみ) () - | | | | 住所 〒 - 埼玉県〇〇市△町2-2-2 電話(任意継続の方のみ) () - | | | |
| 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