

常務理事	事務長		

被保険者
被扶養者 **健康保険登録情報変更届**

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		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 ・ 世帯全員 ・ 被扶養者 ——> 被扶養者の氏名

変更年月日	変更(訂正)理由
令和 年 月 日	

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	氏名	フリガナ	性別
メールアドレス ※任意継続の方のみ			メールアドレス ※任意継続の方のみ		
住所	〒		住所	〒	
電話 ※任意継続の方のみ			電話 ※任意継続の方のみ		
マイナンバー			マイナンバー		

※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