

各地総務担当部門（大阪本社は人事部）宛

この手続きは、届書に健康保険証を添えて提出してください。

健康保険組合記入欄	常務理事	事務長	担当者	担当者

氏名変更（訂正）届

健康保険被保険者証		社員 No.	氏名	健保 花子		男・女
記号	番号					
1	1234	1234-5	生年月日	昭和	26年	3月31日
資格取得年月日			昭和	45年	4月	1日
事業所			大阪本社			
被保険者の現住所		〒550-0002 大阪市西区江戸堀1-2-3				
被保険者	フリガナ	ケンポ ハナコ		男・女	変更日	平成20年6月1日
	新氏名	健保 花子		旧氏名	阪田 花子	
				変更理由	婚姻のため	
被扶養者	フリガナ			男・女	変更日	年 月 日
	新氏名			旧氏名		
	生年月日	年	月	日	変更理由	
	フリガナ			男・女	変更日	年 月 日
	新氏名			旧氏名		
	生年月日	年	月	日	変更理由	
	フリガナ			男・女	変更日	年 月 日
新氏名			旧氏名			
生年月日	年	月	日	変更理由		
備考						

申請日 平成 20年 4月 1  
提出日を記入して下さい。

サカタインクス健康保険組合 理事長殿

事業主の証明	上記の申請に相違無いことを証明する。					
	年	月	日	住所		
				事業主 氏名	印	

- 注意
- 鉛筆書き、記入漏れは受け付けられません。
  - 変更後の氏名及び変更日を確認できる公的書類（住民票、戸籍謄本等）を添付。
  - 変更理由を必ず記入して下さい。

受付印