常務理事	事務長	部長	係長	係

健康保険 任意継続被保険者
氏名・住所・電話番号・生年月日・性別 変更（訂正）届

被保険者等記号・番号	記号	２０	番号	
被保険者の氏名	フリガナ （氏）		（名）	
被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日			
被保険者の住所	〒　　― 電話番号　　（　　）			

下記のとおり変更（訂正）したので届出します。

変更となる項目を「○」で囲んでください。（変更した項目のみご記入ください）

変更項目		変更前		変更後	
○	氏名	フリガナ （氏）	（名）	フリガナ （氏）	（名）
○	住所	〒　　－		〒　　－	
		住所変更年月日　令和　　年　　月　　日			
○	電話番号	（　　）		（　　）	
○	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		昭和・平成　　年　　月　　日	
○	性別	男　・　女		男　・　女	

◆ 太枠内をご記入ください。
◆ 氏名・生年月日・性別の変更（訂正）を届出る場合は、
　資格確認書もご提出ください。
◆資格確認書が交付されていない方は、不要です。

受付日付印

大阪産業機械工業健康保険組合