

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

被保険者証の 記号・番号	記号	20	番号	9988
被保険者の氏名	フリガナ	ホケン	ナオミ	
	(氏)	保 険	(名)	直 美
被保険者の生年月日	昭和・平成 58年12月10日			
被保険者の住所	〒 530-0012			
	大阪府大阪市北区芝田99-99 電話番号 06 (6372) 5589			

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	オオサカ	ナオミ	フリガナ	ホケン	ナオミ		
	(氏)	大 阪	(名)	直 美	(氏)	保 険	(名)	直 美
○ 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）を届出の場合は、被保険者証もご提出ください。

なお、高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せてご提出ください。

受付日付印