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	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 (氏) オオサカ 大 阪	ナオミ (名) 直 美	フリガナ (氏) ホケン 保 険	ナオミ (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）を届出する場合は、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