常務理事	事務長	担当者

健康保険　任意継続被保険者
氏名・住所・生年月日　等
変更（訂正）届

生長会健康保険組合

被保険者欄	1	被保険者等 記号・番号	２０			
	2	被保険者の 生年月日	昭和・平成	年	月	日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)			
	4	被保険者の住所	〒　　—　　　　　　電話（　　）			
			都 道 府 県			

本人確認欄（本人確認のため □にチェック願います）
□　申請者本人（被保険者）が作成したものである。

下記のとおり変更（訂正）したので届出します。　　令和　　年　　月　　日届出

変更となる項目		変更前		変更後	
5	氏　　名	(フリガナ) (氏)	(名)	(フリガナ) (氏)	(名)
6	生年月日	昭和・平成　年　月　日		昭和・平成　年　月　日	
7	性　　別	男　・　女		男　・　女	
8	住　　所	〒　　—		〒　　— (フリガナ)	
		【住所変更年月日】		年　月　日	
9	電話番号	(　　)		(　　)	

【添付書類について】
※　氏名、生年月日、性別を変更（訂正）される場合
　・被保険者証、資格確認書、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、全て添付してください。
　・変更内容が確認できる書類（戸籍謄本等の写し）を添付してください。
※　住所を変更（訂正）される場合
　・変更内容が確認できる書類（住民票等の写し）を添付してください。
※　資格確認書の交付が必要な場合は、「資格確認書交付申請書」も提出してください。

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）