

Request Form to Change Name and/or Correct Birth Date

健康保険 被保険者／被扶養者 氏名変更(訂正)届 兼 生年月日訂正届

Internal Mail Code / Internal Tel.

社内郵便番号 ××-×××-×	社内電話番号 ×××-××××-×××× ※仮称 ××××-××××
--------------------	--

(任意継続／特例退職の方は自宅電話番号)

提出先: 各会社の社会保険担当者 (IBM社員は MK-X19-W1)

任意継続／特例退職の方は下記宛てに提出してください。

〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21

日本アイ・ピー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)

Sex: Male (男) • Female

Name: Family Name • First Name (After)

Seal

Date of Submission

提出日 平成 ××年 ××月 ××日

被保険者証	記号 × ×	番号 Symbol & Number of × × × × × × × × × ×	性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	フリガナ 氏名 (変更後) ケンポ ハナコ	印 印	生年月日 昭和 平成	年 月 日 Birth Date (YY/MM/DD) ×× ×× ××	生
現住所 Current Address	〒 ×××-×××× ××県 ××市 ××町 ××-×××-×××							

住所変更 有 無 (Check 有 (Yes) or 無 (No) if the address needs) 該当者の被保険者証を添付してください。

フリガナ 変更前の 被保険者氏名	シャホ 社保 Insured Person: Previous Family	ハナコ 花子 Insured Person: First Name	フリガナ 変更後の 被保険者氏名	ケンポ 健保 Insured Person: Changed Family	ハナコ 花子 Insured Person: First
------------------------	--	---	------------------------	---	------------------------------------

フリガナ 変更前の 被扶養者氏名	Dependents: Previous Family Name	フリガナ 変更後の 被扶養者氏名	Dependents: First Name	フリガナ 変更後の 被扶養者氏名	Dependents: Changed Family Name	フリガナ 変更後の 被扶養者氏名	Dependents: First Name
------------------------	----------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------	------------------------

フリガナ 変更前の 被扶養者氏名	Dependents: Previous Family Name	フリガナ 変更後の 被扶養者氏名	Dependents: First Name	フリガナ 変更後の 被扶養者氏名	Dependents: Changed Family Name	フリガナ 変更後の 被扶養者氏名	Dependents: First Name
------------------------	----------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------	------------------------

訂正前の 被保険者 生年月日	大 昭 平	年	月	日	生	訂正後の 被保険者 生年月日	大 昭 平	年	月	日	生	Insured Person: Current Registered	Insured Person: Birth Date (YY/MM/DD) to be corrected	訂正前の 被扶養者 生年月日	大 昭 平	年	月	日	生	訂正後の 被扶養者 生年月日	大 昭 平	年	月	日	生	Dependent:: Current Registered Birth	Dependent:: Birth Date (YY/MM/DD) to be
													被扶養者氏名	Dependent's													

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

常務理事	事務長	GL	担当者

決済日 / 受付日