

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

社内郵便番号 ××-×××-×	電話番号 ×××-×××-×××× ホイスネット ××××-××××
--------------------	--

(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-DA0-K)

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・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)

提出日 平成 ××年××月××日

被保険者証	記号	番号	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 	生年月日	年	月	日	昭和 平成	××	××	××	生
	×	×			×	×			×	×	×					
現住所	〒 ×××-×××× ××県×××市××町××-×××-××															

住所変更 有 無

(注) 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	サホ 社保	ハナコ 花子	フリガナ 変更後の 被保険者氏名	ケンポ 健保	ハナコ 花子
------------------------	----------	-----------	------------------------	-----------	-----------

フリガナ 変更前の 被扶養者氏名			フリガナ 変更後の 被扶養者氏名		
------------------------	--	--	------------------------	--	--

フリガナ 変更前の 被扶養者氏名			フリガナ 変更後の 被扶養者氏名		
------------------------	--	--	------------------------	--	--

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	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
被扶養者氏名																							

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

理事長	常務理事/ 事務長	GL	担当者

決済日	受付日
-----	-----