

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
ボイスネット	

(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・女	フリガナ 氏名 (変更後)			印	生年月日	昭和	年	月	日	生
現住所	〒																		

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			フリガナ		
変更前の被保険者氏名			変更後の被保険者氏名		

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

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

訂正前の被保険者生年月日	大	年	月	日	訂正後の被保険者生年月日	大	年	月	日	訂正前の被扶養者生年月日	大	年	月	日	訂正後の被扶養者生年月日	大	年	月	日	生	
	昭					昭					昭					昭					生
	平					平					平					平					生
											被扶養者氏名										

事業所所在地	〒																		
事業所名称																			
事業主氏名	⑩																		
電話																			

理事長	常務理事/ 事務長	GL	担当者

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	決済日
	受付日