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

提出先：各会社の社会保険担当者

任意継続／特例退職の方は下記宛てに提出してください。
〒103-0015　東京都中央区日本橋箱崎町36-2　Daiwaリバーゲート南ウィング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

（注）以下をお持ちの方は必ず添付してください。
・健康保険証、高齢受給者証
・有効期限到来前の資格確認書

提出日　　年　　月　　日

被保険者証等の	記号			番号						枝番		氏名（変更後）		生年月日	昭和 平成	年	月	日 生
										0	0							
住民票住所	〒																	
申請理由																		

フリガナ			フリガナ			資格確認書発行要否	□発行が必要
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			資格確認書発行要否	□発行が必要
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			資格確認書発行要否	□発行が必要
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	昭 平 令	年	月	日	生	**訂正後**の被保険者生年月日	昭 平 令	年	月	日	生	**訂正前**の被扶養者生年月日	昭 平 令	年	月	日	生	**訂正後**の被扶養者生年月日	昭 平 令	年	月	日	生
												被扶養者氏名						資格確認書発行要否	□発行が必要
								資格確認書発行要否	□発行が必要										

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

決裁日付印　　受付日付印