

理事長	常務理事	事務長	係

健康保険被保険者資格情報

氏名 変更 / 生年月日・性別 訂正 届

被保険者等	記号		被保険者氏名 (自署)	(フリガナ)
	番号			印

変更(訂正)となる項目に レ を入れてその項目のみ記入ください。

変更/訂正となる項目	変更/訂正 前		変更/訂正 後	
氏名	(フリガナ) 氏	名	(フリガナ) 氏	名
	生年月日	年 月 日	年 月 日	
性別	男 ・ 女	男 ・ 女		
資格確認書 ※発行要否について			<input type="checkbox"/> 発行必要 交付申請書提出してください	
備考				

※資格確認書発行要否について

資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行必要」の□に✓を付して下さい。

※以下に該当する場合に限ります。別途、交付申請書を提出してください。

1. マイナンバーカードを取得していない者・マイナンバーカード返納者
2. マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除申請者、利用登録解除者
3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

豊島健康保険組合理事長 殿

事業所住所

名称

事業主氏名

印