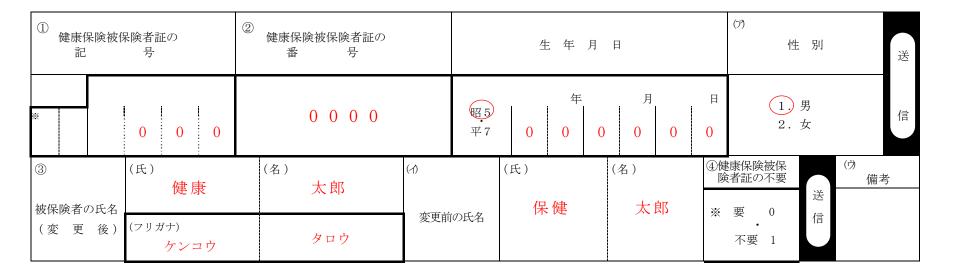
健康保険 被保険者氏名変更届 (訂正)

务理事	事務長	係	員
	<u></u> 多理事	<u>务理事</u> 事務長	<u> </u>

所属事業所 担当者印



令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出

受付日付印、、

事業所別	听在地	₹	_				
事業所	名称						
事業主	氏名						
電	話			(局)	番	

社会保険労務士の提出代行者印	
	(FI)

(記入の方法)

- 1. (ア)は、被保険者が男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を○印で囲んでください。
- 2. ③の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。