

様式コード			
2	2	0	7
届書コード			届書
2	0	7	

## 健康保険 氏名変更届 ①被保険者 ②被扶養者

◎ ※「印欄」は記入しないでください。

① 保険証-記号	② 保険証-番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	④ 生 年 月 日	送信
※			昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	
⑤変更後の氏名 (氏) (フリガナ)	(名)	① 変更前の氏名 (氏) (名)	⑥健康保険被 保険者証作成 ※ 要 0 不要 1	送信
				㊦ 備考

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	( 局 ) 番

社会保険労務士記載欄 氏名等
-------------------

ご記入いただいた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行う事はありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出して頂くことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問合せや開示請求等は、ポッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡下さい。※個人情報の取り扱いについてはホームページ【個人情報保護方針】もご覧ください。