

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名等変更（訂正）届

常務理事	事務長	担当者

古河電工健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被保険者証	記号		氏名	
	番号		事業所名	
住所	〒 電話番号 ()			
(変更前) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
(変更後) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
変更事由	1. 結婚 2. 養子縁組 3. その他 ()			
事由発生日	令和 年 月 日			

被扶養者が変更（訂正）となる場合 ※変更の対象者のみ記入してください。				
(変更前) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
(変更後) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
(変更前) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
(変更後) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
(変更前) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
(変更後) 氏名 生年月日	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日
変更事由	1. 結婚 2. 養子縁組 3. その他 ()			
事由発生日	令和 年 月 日			

○現在使用中の保険証を添付してください。

<事業主証明欄>

受付年月日

上記の通り変更（訂正）がありましたので届け出ます。 令和 年 月 日 古河電工健康保険組合理事長 住所 名称 氏名
--

発信者印	発信者印	発信者印

住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。

↑担当者データ印または朱印
012G 古河電工健康保険組合