

台 帳 変 更 令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	係
サ ク イ ン 簿 変 更 令和 年 月 日				

新 規 届
変更・訂正

被保険者住所・氏名・生年月日

被保険者等記号番号	—	事業所の名称	
被保険者氏名 (変更後)		被扶養者氏名※1 (変更後)	
住民票住所 (変更後)	〒 — TEL ()		
住民票住所以外の居所 (変更後)※2	〒 — TEL ()		

(※1) 家族個人の変更の場合は、被扶養者の氏名を記入してください。
(※2) 居所が住民票と異なる場合は記入してください。

■変更・訂正内容 以下のア～オの該当箇所に○印をつけ、下段に必要事項をご記入ください。

ア. 被保険者を含む家族全員の住所変更	→	①に変更前の郵便番号、住所、電話番号を記入してください
イ. 被保険者本人のみ住所変更	→	①に変更前の郵便番号、住所、電話番号を記入してください
ウ. 家族個人の住所変更	→	①に変更前の郵便番号、住所、電話番号を記入してください
エ. 氏名変更(訂正)	→	②に変更前の氏名(フリガナ)を記入してください
オ. 生年月日訂正	→	③④に生年月日を記入してください

※いずれの場合も⑤の変更年月日を記入してください。

変 更 前	①住 所	〒 — TEL ()	該当するものに☑してください ☐ 住民票住所の変更 ☐ 住民票以外の居所の変更
	②氏 名	(フリガナ)	
	③生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
変 更 後	④生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
⑤変更年月日		令和 年 月 日	

上記の通りお届けします。 令和 年 月 日

- 添付するもの 住民票の写し
「氏名変更」と「生年月日訂正」は「健康保険証」または有効期限内の「資格確認書」
- 提出先 リケン健康保険組合