常務理事	事務長	担当者

任意継続　□被保険者（本人）　□家族

□氏名　□生年月日　□住所　□電話番号変更（訂正）届

被保険者	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	氏名	生年月日	被保険者本人の変更の場合は、左の欄には変更前の情報をご記入のうえ、下欄にも記入してください。
	5			フリガナ	□昭和　□平成 年　月　日	

※下欄には、変更（訂正）を申請する対象者のみ、および変更（訂正）する項目のみを記入してください。

申請内容	変更（訂正）後		資格確認書の発行が必要なときは□にチェック	変更（訂正）前		変更（訂正）理由	変更・訂正日
氏名	フリガナ		―	フリガナ			令和　年 月　日
生年月日	□昭和 □平成 □令和 年　月　日		□ 必要 ※マイナ保険証の方へは発行できません	□昭和 □平成 □令和 年　月　日			令和　年 月　日
住所	〒		―	〒			令和　年 月　日
電話番号			―				令和　年 月　日
氏名	フリガナ		―	フリガナ			令和　年 月　日
生年月日	□昭和 □平成 □令和 年　月　日		□ 必要 ※マイナ保険証の方へは発行できません	□昭和 □平成 □令和 年　月　日			令和　年 月　日
住所	〒		―	〒			令和　年 月　日
電話番号			―				令和　年 月　日

【「資格確認書」発行対象の方へのお願い】

1. 変更前の「エクセディ健保の保険証（令和7年12月1日まで有効）」をお持ちの方へ
   変更後の「資格確認書」お渡し時に「エクセディ健保の保険証」を返却 してください。
2. 変更前の「資格確認書」をお持ちの方へ
   変更後の「資格確認書」お渡し時に、変更前の「資格確認書」を返却 してください。

令和　年　月　日提出

受付日付印