

任意継続

被保険者(本人) 家族

氏名 生年月日 変更(訂正)届

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者	被保険者証 の記号	被保険者証 の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	

※下欄には、変更となる項目のみ変更(訂正)前・変更(訂正)後をご記入ください

申 請 内 容	変更(訂正)前		変更(訂正)後		変更(訂正)理由	変更・訂正日
	氏名	フリガナ	フリガナ			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			令和 年 月 日
	氏名	フリガナ	フリガナ			令和 年 月 日
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			令和 年 月 日
	氏名	フリガナ	フリガナ			令和 年 月 日
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			令和 年 月 日

被保険者本人・家族の氏名変更等の場合で  
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

令和 年 月 日提出

受付日付印

備考欄	
-----	--