

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 被扶養者 (氏名 ・ 性別 ・ 生年月日 ・ 続柄) 変更 ・ 訂正届

一、健康保険被保険者証を添付してください。
 一、被扶養者の変更・訂正の箇所のみ記入してください。

被保険者証の記号・番号	・	被保険者氏名	
届出被扶養者の氏名		続柄	
変更・訂正事項	変更・訂正前	変更・訂正後	
氏名	(フリガナ) _____	(フリガナ) _____	
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	
性別	男 ・ 女	男 ・ 女	
続柄			

上記の通りお届けします。

令和 年 月 日

大阪装粧健康保険組合 殿

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号