

健康保険 任意継続被保険者 **氏名 生年月日 性別 住所 電話番号** 変更(訂正)届



※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

転居や結婚等により被保険者の住所・氏名等が変わった場合にご使用ください。

被保険者情報	記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	個人番号 (マイナンバー)			<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名			
	郵便番号 (ハイフン除く)		電話番号 (左づめハイフン除く)	
	住所	都 道 府 県		

! 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号(マイナンバー)は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

変更になった項目のみ、変更前・変更後の両方をご記入ください。

	変更前	変更後
氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。
氏名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
住所	〒 <input type="text"/> 都 道 府 県	〒 <input type="text"/> 都 道 府 県
住所変更 年月日		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
電話番号 (左づめハイフン除く)		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

申請区分	<input type="checkbox"/> 1. 支部外住所変更	MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入有(添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無(添付あり)
同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 限度額	<input type="checkbox"/> 1. 減額認定	<input type="checkbox"/> 1. 特定疾病 <input type="checkbox"/> 1. 遅延理由
2 0 3 1 1 1 0 2	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 <input type="checkbox"/> 2. 処理票	(理由) 枚数 <input type="text"/>

受付日付印

(2026.6)