

船員保険 疾病任意継続被扶養者 変更(訂正)届

被扶訂

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	記 号 ・ 番 号 (左 づ め)	<div></div>															
	個 人 番 号 (マイナンバー)	<div></div> <div>記号番号をご記入された場合は個人番号のご記入は必要ありません。(記入された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)</div>															
	被 保 険 者 の 氏 名 (申 請 者)	<div>(フリガナ)</div>															
	生 年 月 日	<div>昭和</div> <div>平成</div>	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日									
	住 所	郵便番号	<div></div>	<div></div>	—	<div></div>	<div></div>	電話番号 (日中の連絡先)	()								
		<div>都 道 府 県</div>															

変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。																													
変更する 被扶養者の	氏名					生年月日	<div></div>	1.昭和 2.平成 3.令和	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日															
変更前															変更後														
被 扶 養 者 欄	氏 名 (カタカナ)	<div></div>										<div></div>																	
	氏 名	<div></div>										<div></div>																	
	生年月日	<div></div>	1.昭和 2.平成 3.令和	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日	<div></div>	1.昭和 2.平成 3.令和	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日												
	性別	<div></div>	1.男 2.女	<div></div>												<div></div>	1.男 2.女	<div></div>											
	続柄	<div></div>										<div></div>																	
	被扶養者になった日	令和	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日	令和	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日														
	被扶養者でなくなった日	令和	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日	令和	<div></div>	年	<div></div>	月	<div></div>	日														
変更(訂正) 理由	<div></div>										<div></div>																		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部