



船員保険 疾病任意継続被扶養者 変更(訂正)届

被扶訂

被 保 險 者 (申 請 者) 欄	記号・番号 (左づめ)								
	個人番号 (マイナンバー)								
	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)							
	生年月日	〔昭和〕 〔平成〕		年		月		日	
	住 所	郵便番号			—			電話番号 (日中の連絡先)	()
		都 府	道 県						

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	氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 1.昭和	<input type="checkbox"/> 2.平成	<input type="checkbox"/> 3.令和	年	月	日
被 扶 養 者 欄	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。										
	氏名										
	生年月日	<input type="checkbox"/>	1.昭和	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	日
	性別	<input type="checkbox"/>	1.男								
	続柄										
	被扶養者にな った日	令和	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	日	
被扶養者で なくなつた日	令和	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	日		
変更(訂正) 理由											

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