



船員保険 疾病任意継続被扶養者 変更(訂正)届

扶訂

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号										生年月日			
		8 8 0 0 0 0 0 0 0 0	—									昭和 ・ 平成	年	月	日	
	氏名	(フリガナ)												性別	男 ・ 女	
	住所	(〒 —) 都 道 府 県														
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()														

被 扶 養 者 欄	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 被扶養者の方の	氏名									生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	変更となる項目	変更前								変更後					
	氏名	(フリガナ) (氏)				(名)				(フリガナ) (氏)				(名)	
	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														
	被扶養者になった日	令和 年 月 日								令和 年 月 日					
	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日								令和 年 月 日					
	変更(訂正)理由														

上記のとおり変更(訂正)したので届出します。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

協会使用欄

被保険者証回収欄	1: 添付	2: 回収不能
	3: 滅失	5: 未回収

R4.1

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