全国健康保険協会 船員保険部
船員保険

船員保険 疾病任意継続被保険者 氏名 住所 性別 生年月日 電話番号 変更(訂正)届

被保訂

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 ( )				

申請内容

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 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
性別	男 ・ 女	男 ・ 女
住所	(〒 −)	(〒 −)
住所変更年月日	令和 年 月 日	
電話番号	TEL ( )	TEL ( )
備考欄		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R4.1

受付日付印

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

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