

【申請ルート】

△被保険者(本人)→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署→健康保険組合
(任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。)

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

氏名等訂正申請書

提出日: 年 月 日

事業所名		所属部署		
記号	番号 ※枝番は不要			被保険者氏名
訂正事項	申請上の注意 *JIS2004規格以外登録不可(環境依存文字と出るものは登録できません)			
フリガナ 氏名 生年月日 性別	保険証の再交付が必要になります。事前に再発行手数料を振り込み、控えを下部に貼り付けてください。 [再交付手数料] <訂正前の保険証の”交付日”をご確認ください> ●平成25年3月31日以前・・・無料 ●平成25年4月1日以降・・・1,000円(消費税はかかりません) 注) 振込依頼人名には被保険者(従業員)名を記載、振込手数料は差し引かず振り込みください。 [添付] 訂正前の保険証			
続柄	保険証の再交付は不要です。[添付] 続柄が確認できる住民票や戸籍謄本の写し			

※任意継続被保険者の場合は、全てにおいて訂正後の氏名等であることが確認できる住民票(原紙)を添付いただく必要があります。

訂正事項にチェックを入れ訂正内容をご記入ください。生年月日は和暦(昭和・平成・令和)でご記入ください。

1	訂正事項	チェック	訂正前		訂正後	
	フリガナ					
氏名						
生年月日/性別/続柄						
2	訂正事項	チェック	訂正前		訂正後	
	フリガナ					
氏名						
生年月日/性別/続柄						
3	訂正事項	チェック	訂正前		訂正後	
	フリガナ					
氏名						
生年月日/性別/続柄						

再交付手数料の振込み控え貼付け欄(「振込依頼書」の控えや「ご利用明細票」)

再交付手数料 1枚につき1,000円

振込手数料は差し引かず、各自でご負担ください。なお、いったん入金されたものはお返しいたしませんのでご注意ください。

ネット銀行の場合も振込完了がわかるものの添付が必要です。【当健保宛・金額・日付・依頼主の被保険者氏名の振込が分かるもの】
(振込控がない場合は、受理できませんのでお戻しすることになります。用紙が大きい場合はホチキス留で添付ください。)

ゆうちょ銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合

現金で振込: 店頭やATM脇にある「払込取扱票」を記入し振込
ゆうちょ口座から振込: 下記口座を振込先に指定し振込(振替)口座記号・口座番号: 00140-0-0358192
加入者名: ブリヂストン健康保険組合

他の銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合

下記口座に振込(または振替)ください。
依頼人名は必ず被保険者氏名(フルネーム)にしてください。銀行: ゆうちょ銀行 支店: 〇一九(ゼロイチキユウ)
預金種目: 当座 口座番号: 0358192

事業所 確認欄	係	長	健保 使用欄	I/P	保険証	係	事務長	常務理事	着金日
				/	/				/