

【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

氏名等変更申請書

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											

\*変更前の保険証を添付して申請してください。

変更事項	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	●結婚や離婚による改姓…添付書類は不要です。 ●名の変更(改名)…改名を証明できる書類を添付してください。 ●申請の誤りによる訂正は「氏名等訂正申請書」にて申請してください。 ●氏名変更の旨を会社の社会保険担当にお知らせ下さい。 (給与口座名義と氏名が違くと給付金の振り込みができません)
性別	特段の事情等により保険証の性別表記を変更したい場合は健康保険組合まで直接ご相談ください。
続柄	養子縁組などにより変更した場合が対象です。続柄が確認できる住民票や戸籍謄本の写しが必要です。

※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。

\*変更事項にチェックを入れ変更内容をご記入ください。

1	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ									
氏名										
性別/続柄										
2	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ									
氏名										
性別/続柄										
3	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ									
氏名										
性別/続柄										
4	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ									
氏名										
性別/続柄										
5	変更事項	チェック	変更前				変更後			
	フリガナ									
氏名										
性別/続柄										

事業所確認欄			健保使用欄				健保受付印	
係	長	I/P	保険証	係	事務長	常務理事		
		/	/					