被保険者 組織コード 変更票

会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（右づめで記入）　　年　月　日 提 出

被保険者記号番号		新組織コード	備考	
記　号	番　号		氏　名（カタカナ）	旧組織コード

（備　考）

※毎月５日までに健康保険組合へ提出すること