|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  常務理事 |  事務長 |  係 |  |
|  |  |  |
|

 　　　 健康保険（被保険者・被扶養者）生年月日訂正届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  被保険者等 記号番号 |  |  被保険者 の氏名 |  |  |
|  変更対象者氏名 |  |  続柄 |  |
|  訂正前の生年月日 |  訂正後の生年月日 |
|  昭・平・令 　　 年 月 日 |  昭・平・令 　　 年 月 日 |

 上記のとおり届け出します

 　　　 年 月 日

 レンゴー健康保険組合理事長殿

 住　所

 被保険者

 氏　名

 　住　所

 事 業 主

 氏　名

※マイナ保険証を保有せず、資格確認書が必要な方は「資格確認書（再）交付申請書」も

別途ご提出ください。