|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。