

常務理事	事務長	担当者

変更届
被保険者関係
訂正

コムシスホールディングス健康保険組合

届出事項 (届出する項のイロハ文字を○で囲む)	被保険者証の記号と番号				
1 被保険者氏名変更届					
2 被保険者氏名誤届訂正	被保険者の氏名				
3 被保険者生年月日誤届訂正					
4 被扶養者氏名誤届訂正	被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
5 被扶養者生年月日誤届訂正					
変更・訂正の内容					
被扶養者の生年月日を訂正するときはその該当者氏名を記入してください		氏名			
変更後・訂正後の正当となる事項	(フリガナ)				備考
	氏名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	
変更前・訂正前の事項	(フリガナ)				備考
	氏名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	
変更・訂正の事由 (変更年月日を記入)					

令和 年 月 日 提出

上記の届出について、相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 〒 事業所名称 事業主氏名 電 話
この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者（被保険者）本人が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したものである。
事業主が確認した場合に○で囲んでください 確認

コムシスホールディングス健康保険組合

受付印