常務理事	事務長	担当者

被保険者関係 変更・訂正 届

コムシスホールディングス健康保険組合

届出事項（届出する項の番号を〇で囲む）	被保険者等の記号と番号	被保険者の氏名
1．被保険者氏名変更届 2．被保険者氏名誤届訂正 3．被保険者生年月日誤届訂正 4．被扶養者氏名誤届訂正 5．被扶養者生年月日誤届訂正		
	被保険者の生年月日	性別
	昭和 平成 令和　年　月　日	男　・　女

個人番号													

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） 氏名	備考
	生年月日　昭和 平成 令和　年　月　日　生	
変更前･訂正前の事項	（フリガナ） 氏名	備考
	生年月日　昭和 平成 令和　年　月　日　生	
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〇で囲んでください　**確　認**

コムシスホールディングス健康保険組合

受付印

令和6年12月改訂