

# 健康保険 被保険者 被扶養者 生年月日等変更(訂正)届

供 閲 覧	常務理事	事務長	課長	担当者

提出期日 記入上の注意事項 該当する文字を○で囲んでください。 事実のあった日から5日以内

被保険者証 記号 番号	被保険者の 氏名・印	性別	男 ・ 女	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
変更(訂正)対象者氏名		続柄				
区分	変更(訂正)前			変更(訂正)後		
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日		
続柄						
性別	男・女			男・女		
その他						
変更(訂正) 年月日	令和 年 月 日	変更(訂正) の理由			備考	

令和 年 月 日提出

受付日付

住 所  
事業主  
氏名又は名称

印

**BIPROGY健康保険組合理事長殿**

(ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。)