

被保険者等記号		
9	0	0

健康保険 任意継続 被保険者 氏 名 等 変 更 届  
被扶養者 生年月日

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担 当

※資格確認書の交付が必要な場合は、別途「健康保険 資格確認書(再)交付申請書」をご提出ください。

正

・提出期限・・・速やかに  
・変更前の保険証または資格確認書がある場合は添付してください。

被保険者	被 保 険 者 等 番 号				被 保 険 者 の 氏 名 ( 変 更 後 )				性 別	被 保 険 者 の 生 年 月 日															
					印				男 ・ 女	昭和				平成				年				月			
変更対象者	変更後	フリガナ					フリガナ																		
		氏名					氏名																		
		生年月日	昭和				平成				年				月				日						
		続柄 又は 性別					続柄 又は 性別																		
変 更 年 月 日				変 更 理 由				備 考																	
令和												年								月				日	

令和 年 月 日提出

被保険者	氏 名		
	住 所	〒	
	電話番号		

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

被保険者等記号		
9	0	0

健康保険 任意継続 被保険者 氏名 等変更確認通知書  
 被扶養者 生年月日

※資格確認書の交付が必要な場合は、別途「健康保険 資格確認書(再)交付申請書」をご提出ください。

副

被 保 険 者	被 保 険 者 等 番 号				被 保 険 者 の 氏 名 ( 変 更 後 )				性 別		被 保 険 者 の 生 年 月 日			
					印				男 ・ 女		昭和 平成 年 月 日			
変 更 後 対 象 者	フリガナ					フリガナ								
	氏名					氏名								
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和				生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和							
	続柄 又は 性別					続柄 又は 性別								
変 更 年 月 日				変 更 理 由				備 考						
令和 年 月 日														

令和 年 月 日提出された届に基づき上記のとおり確認されたので通知します。

被 保 険 者	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	

MBK連合健康保険組合 理事長

確 認 日 付 印