常務理事	事務長	担当者	担当者

健 康 保 険　被保険者 被扶養者　各種（氏名・生年月日）変更届

JAST健康保険組合

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

①被保険者証の記号・番号	②被保険者の氏名	④生年月日	⑥事業所
		昭和・平成　年　月　日	大阪本社 ・ 東京本社 ・ 退職者

⑥住所	〒　－ 電話（　　）　－	⑦変更年月日
		令和　年　月　日

変更後				変更前				変更理由
氏名	生年月日	続柄		氏名	生年月日	続柄		
(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			
氏名	生年月日	続柄		氏名	生年月日	続柄		
(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			
氏名	生年月日	続柄		氏名	生年月日	続柄		
(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			
氏名	生年月日	続柄		氏名	生年月日	続柄		
(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			(フリガナ) (氏)　(名)	昭和・平成・令和　年　月　日			

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	
電　話	（　　）　－

社会保険労務士 氏　名	

◆提出先　在籍者：大阪本社　退職者：JAST健康保険組合
◆照会先　JAST健康保険組合
〒530-0005　大阪市北区中之島二丁目3番18号　中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp