| 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 |
|---|---|---|---|---|
| ○○○ | ○○○ | 組合　花子 | 昭和・平成 ○○年○○月○○日 | 大阪本社・東京本社・退職者 |

| ⑥住所 | 〒 530 － 0005<br>※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください<br>大阪府大阪市北区中之島○ー○ー○　○○マンション○号室<br>電話（ 06 ）○○○○－○○○○ | ⑦変更年月日<br>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
|---|---|---|

| 変更後 氏名 | | 生年月日 | 続柄 | 変更前 氏名 | | 生年月日 | 続柄 | 変更理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (フリガナ) ｹﾝﾎﾟ<br>(氏) 健保 | (フリガナ) ﾊﾅｺ<br>(名) 花子 | 昭和・平成・令和 ○○年○○月○○日 | 本人 | (フリガナ) ｸﾐｱｲ<br>(氏) 組合 | (フリガナ) ﾊﾅｺ<br>(名) 花子 | 昭和・平成・令和 ○○年○○月○○日 | 本人 | 入籍 |
| (フリガナ)<br>(氏) | (フリガナ)<br>(名) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | (フリガナ)<br>(氏) | (フリガナ)<br>(名) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| (フリガナ)<br>(氏) | (フリガナ)<br>(名) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | (フリガナ)<br>(氏) | (フリガナ)<br>(名) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| (フリガナ)<br>(氏) | (フリガナ)<br>(名) | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | (フリガナ)<br>(氏) | (フリガナ)<br>(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