

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 被保険者 被扶養者 氏名・生年月日等変更(訂正)届

提出日 令和 年 月 日

**基本情報** ※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名	フリガナ
記号	番号 (右詰め)		
事業所名(任継・特退の方は記入不要)		連絡先	
社名	所属	内線TEL	日中の連絡先 電話番号
従業員番号 (右詰め)	事業所コード	※事業所コードは、事業所健保担当者が記入	

**申請内容** ④システムで対応できない漢字は、健保にて変更する場合があります。(詳細は下記※1 および 記入例を確認ください)

事象	変更後	変更前	続柄
氏名変更(訂正) (対象者を全員記入してください)	フリガナ (氏)	フリガナ (氏)	
	(名)	(名)	
	フリガナ	フリガナ	
	フリガナ	フリガナ	
生年月日訂正	訂正対象者	フリガナ (氏)	続柄 (名)
	訂正後の生年月日		訂正前の生年月日
	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	
その他(被扶養者の続柄・性別)			
変更(訂正)年月日及びその理由	変更(訂正)年月日		変更(訂正)理由
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		

<注意事項>

1. 必ず対象者の健康保険被保険者証(保険証)を添付してください。

※1:システムで対応可能な文字規格「JIS X 0208 漢字第1、第2水準」

<申請書の送付先>

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29] ※社内郵便の場合:本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木
任意継続被保険者、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

事業所所在地	
事業所名称	
事業所担当者印	
事業主氏名	

--- 受付日付印 ---

インプット	証回収	証発行