

小野薬品健康保険組合理事長 殿

提出先 ①ファイルリクエスト(推奨) : <https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4>

②社内便の場合 : 社員 ⇒ (人事管理部) ⇒ 小野薬品健康保険組合

※証明書類を添付 上記①の場合はスキャナーやスマホ撮影の画像データ可

健康保険氏名変更(訂正)届

被保険者証 記号	被保険者証 番号	フリガナ		社員番号	性別	生 年 月 日
		氏名 (変更前)				年 月 日

変更後の氏名	(氏) (フリガナ)	(名) (フリガナ)	住 所
被保険者			〒
被扶養者			

事業所欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 所 在 地 事 業 所 名 事業主代理人氏名
	<input type="checkbox"/> この届出については被保険者が作成したものである。

受付日付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者